

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021. 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 2019-2021" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Sistema di valutazione e misurazione della performance" di cui all'Allegato B, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di pubblicare i suddetti documenti sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
4. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
5. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;

6. di trasmettere copia della presente determina al Nucleo di Valutazione Aziendale;
7. 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;
8. 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;
9. 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. Pierluigi Gigliucci)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Nadia Sporti)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Alessandro Marini)

- 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”
- 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”
- Delibera n.104/2010 “Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010” – Civit
- 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 n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance” – Civit
- 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”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 28/07/2014 n. 488 “Piano delle performance 2014 - 2016 - Adozione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 262 del 07/04/2015 “Piano della Performance 2015-2017. Adozione”

- Determina del Direttore Generale Asur n. 175 del 16/03/2016 “Piano della Performance 2016-2018. Adozione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 95 del 27/02/2017 “Piano della Performance 2017-2019. Adozione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 794 del 12/11/15 “Relazione sulla Performance 2014 – Approvazione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 683 del 11/11/16 “Relazione sulla Performance 2015 – Approvazione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 612 del 19/10/17 “Relazione sulla Performance 2016 – Approvazione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 588 del 8/10/18 “Relazione sulla Performance 2017 – Approvazione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 33 del 31/01/19 “Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell’ASUR Marche - anni 2019-2021”
- D.G.R.M. del 27 dicembre 2018, n. 1779 “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 2019 ”
- DGRM del 8 aprile 2019, n. 414 “Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l’anno 2017”
- DGRM del 8 aprile 2019, n. 415 “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”

Motivazione ed esito dell’istruttoria:

L’art. 10 al comma 1, lett. a), del D.lgs. 150/2009 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. 33 del 31/01/2019, ha adottato l’aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell’ASUR, anni 2019-2021.

Il Piano delle Performance 2019-2021 è stato redatto in coerenza con gli obiettivi derivanti dalla programmazione nazionale e regionale (tra cui DGRM 414 del 8/4/2019 e DGRM 415 del 8/4/2019, DGRM n. 1779 del 27/12/18). 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 2019 e valutate dall'OIV ai fini della relativa validazione.

Per quanto riguarda il *Sistema di valutazione e misurazione della performance*, per il quale è previsto il parere preventivo vincolante da parte dell'OIV ai sensi del D.Lgs 75/2017, come da prassi consolidata, è stata predisposta la bozza di Sistema di valutazione e misurazione della Performance 2019-2021 e le schede di valutazione individuali, nell'ambito del documento unitario relativo al Piano della Performance.

Nella seduta del 29/04/2019 il Nucleo di Valutazione ha preso atto dei contenuti analitici del sistema di valutazione e misurazione della performance ed ha espresso parere positivo; in tale sede, ha chiesto di identificare il *Sistema di valutazione e misurazione della performance* con apposito documento conforme alle delibere CIVIT 104/2010 e 114/2010.

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. Ad ogni modo, la bozza di Piano delle Performance è stata trasmessa alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria con nota prot. 9821 del 19/03/2019; entro i termini ivi previsti sono pervenute osservazioni da parte delle Organizzazioni Sindacali, rispetto alle quali la Direzione generale ha fornito riscontro con note prot. nn. 13612-13613-13614 del 18/4/2019.

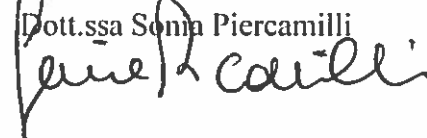
Il presente Piano delle Performance 2019-2021 e Sistema di valutazione e misurazione della performance 2019, trattandosi di atti di programmazione, non comportano oneri di spesa a carico del Bilancio aziendale.

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 2019-2021" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Sistema di valutazione e misurazione della performance" di cui all'Allegato B, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di pubblicare i suddetti documenti sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
4. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
5. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
6. di trasmettere copia della presente determina al Nucleo di Valutazione Aziendale;

7. 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;
8. 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;
9. 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.

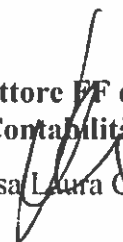
**Il Direttore dell'Area
Dipartimentale Controllo di Gestione**
Dott.ssa Sonia Piercamilli



Il Direttore dell'Area Dipartimentale Contabilità e Bilancio

Visto quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento, il sottoscritto attesta che dal presente atto non derivano oneri a carico del Bilancio aziendale.

**Il Direttore dell'Area
Dipartimentale Contabilità e Bilancio**
Dott.ssa Laura Cardinali



- ALLEGATI -

PIANO DELLA PERFORMANCE

2019-2021

INDICE

A) Presentazione del Piano: finalità e principi	3
B) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	3
1 - <i>L'Azienda Sanitaria Unica Regionale</i>	3
2 - <i>La popolazione assistita</i>	5
3 - <i>Analisi del contesto esterno</i>	7
C) L'Amministrazione «in cifre»	13
1 - <i>Le risorse economiche e finanziarie</i>	13
2 - <i>Le risorse professionali</i>	16
3 - <i>La struttura dell'offerta</i>	16
4 - <i>I servizi sanitari erogati</i>	20
D) Il Piano delle Performance 2019-2021	22
1 - <i>Obiettivi strategici</i>	22
2 - <i>L'albero della Performance</i>	23
3 - <i>Piano degli indicatori e risultati attesi 2019</i>	30
E) Il ciclo della performance	31

Allegato 1: Scheda di Budget

Allegato 2: Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2019

A) Presentazione del Piano: finalità e principi

Il presente Piano, in continuità con le edizioni precedenti, individua per il triennio 2019-2021 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, 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.

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.

B) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La **Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003** ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), unificando le precedenti 13 ASL e riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche; l'esperienza di un'unica azienda sanitaria nella Regione è stata la prima in Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intero territorio regionale e con una popolazione assistita di più di 1.500.000 di cittadini.

Sulla base delle modifiche introdotte con la Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011, l'ASUR è articolata in cinque Aree Vaste, di seguito rappresentate, 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.



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**.

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.

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,...). Per quanto attiene all'Area Sanitaria, l'organizzazione aziendale è regolamentata dalla Determina ASUR n. 361/DG del 23/06/2017, così come modificata con Determina ASUR n. 486/DG del 28/07/2017, la quale stabilisce le unità operative complesse presenti nelle singole Aree Vaste, raggruppabili nelle seguenti Aree: Dipartimento di Prevenzione, Territorio, Staff, Dipartimento Area Medica, Dipartimento Specialità Medica, Dipartimento Area Chirurgica, Dipartimento Specialità Chirurgica, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Emergenze, Dipartimento dei Servizi, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche. Infine, sono previsti sette Dipartimenti funzionali a valenza aziendale e inter-Area Vasta, quali:

- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale del Farmaco;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Diabetologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV1e AV2 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Cardiologia;

- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Gastroenterologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Radiologia Interventistica e Chirurgia Vascolare minore;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Riabilitazione.

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica, l'organizzazione del Dipartimento Amministrativo Unico Aziendale 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; tale organizzazione prevede sette Aree *di line* (Bilancio, Controllo di Gestione, Affari Generali, Sistemi Informativi, Patrimonio, Acquisti e Logistica e Personale) e tre *di staff* (Ingegneria clinica, Servizi Amministrativi territoriali e Servizi Amministrativi ospedalieri). Infine, la Direzione Generale è supportata dall'Ufficio Legale e dall'Area Comunicazione-Formazione-URP.

2 - 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 01/01/2018 è pari a 1.531.753¹ distribuita in 229 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 163 abitanti per Kmq. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

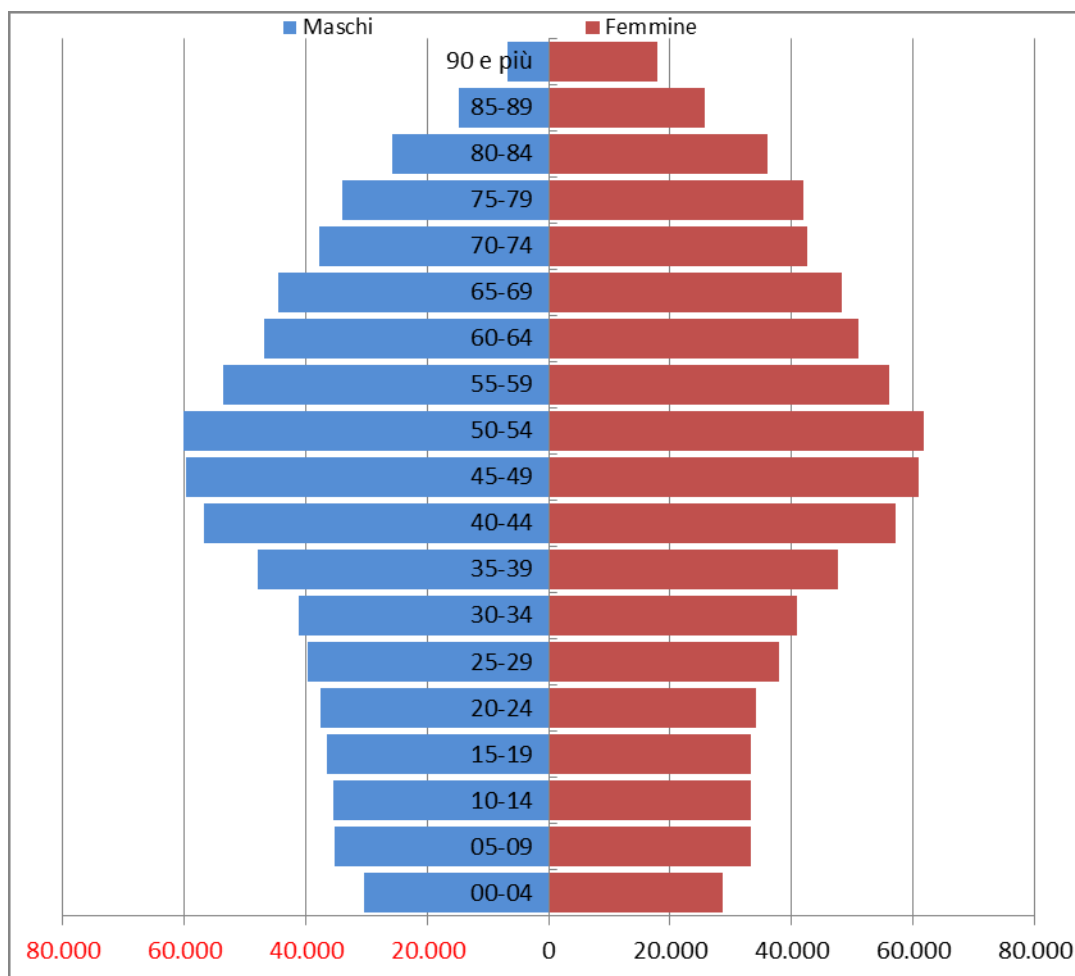
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2018	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
AV1 PESARO	360.125	2.548	11.597	33.407	61.121	59.415	106.244	40.549	45.244
AV2 ANCONA	485.200	3.304	15.203	44.316	81.613	78.829	141.976	55.144	64.815
AV3 MACERATA	303.713	2.228	9.745	27.204	51.793	50.336	87.564	33.997	40.846
AV4 FERMO	174.338	1.190	5.384	15.055	29.513	28.666	51.478	19.452	23.600
AV5 ACOLI PICENO	208.377	1.360	6.273	17.511	35.160	33.786	62.423	23.798	28.066
TOTALE	1.531.753	10.630	48.202	137.493	259.200	251.032	449.685	172.940	202.571

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,1 anni e per le donne di 85,4 (dati Istat, 2017), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,5 maschi e 84,9 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 191%, supera di ben 22 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (375.511) rappresentano il 24,5% della popolazione residente (in Italia il 22,6%).

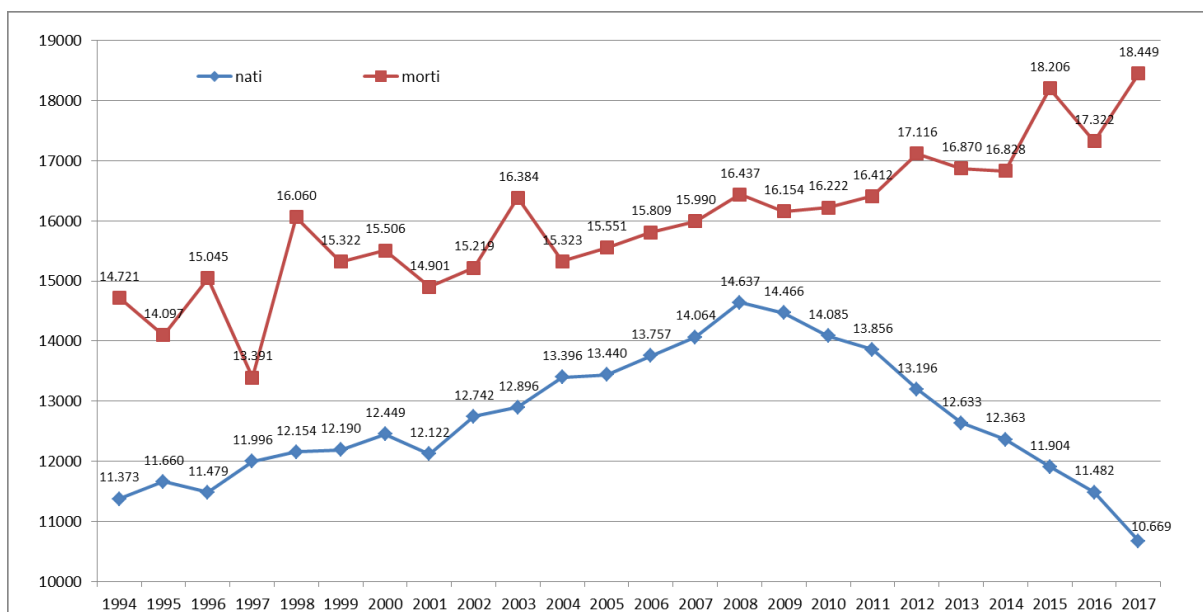
Nel 2017, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi sette mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -4.443 unità, in proiezione annua si evidenzia un decremento rispetto al 2017 che registrava un saldo negativo pari a -7.780 unità.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta in modo grafico la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2018. 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



Di seguito viene analizzato il movimento naturale della popolazione delle Marche, esso è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee. Il grafico seguente riporta il dettaglio delle nascite e dei decessi della Regione Marche nel periodo 1994-2016. L'analisi del trend delle nascite, è rappresentato nel grafico dalla linea in azzurro ed evidenzia che nel 2008 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 20 anni, nella lettura di tale dato occorre considerare che la netta riduzione dei nati dal 2009 in poi è dovuta in parte all'esclusione nel computo dei residenti dei comuni della Valmarecchia, infatti nel 2009 la regione Marche ha ceduto 7 comuni all'Emilia-Romagna. Si evidenzia infine che il trend negativo delle nascite è accompagnato da un decremento demografico della popolazione residente nella regione a decorrere dal 2014.



L'andamento demografico complessivo è influenzato anche da un saldo migratorio, a questo proposito si evidenzia che la popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2018 nella Regione Marche è pari al 136.045 residenti, corrispondente al 8,88% della popolazione (contro una media italiana del 8,51%).

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 2017 è risultato nelle Marche pari a 2,4 unità, valore leggermente superiore alla media nazionale, che è pari a 2,3.

3 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2019-2021 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica.

In particolare, così come indicato nella DGRM 1778/18 di assegnazione definitiva del Budget dell'anno 2018, Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre lo Stato per l'anno 2018 è stato determinato dall'art. 1, comma 392, della Legge Il dicembre 2016 n. 232 in 114.000 milioni di Euro. Tale importo è stato rettificato in diminuzione di 604 milioni di Euro per la mancata sottoscrizione di Accordi con lo Stato da parte delle autonomie speciali. L'articolo I, comma 827, della Legge di bilancio 2018 ha ulteriormente rideterminato in riduzione il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale per l'importo di 1,124 milioni di Euro annui per la componente di finanziamento della Regione Friuli Venezia Giulia relativa al superamento degli OPG. Infine con le Leggi n. 172/2017 e n. 4/2018 il livello del finanziamento è stato rideterminato in incremento rispettivamente di 9,2 milioni di Euro per la remunerazione delle farmacie rurali (ex legge 66211 996) e di 0,056 milioni di euro per l'assistenza gratuita di tipo medico psicologico in favore di figli minorenni o maggiorenni economicamente non autosufficienti delle vittime del reato di femminicidio. Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per l'anno 2018 è così definitivamente sceso a quota 113.404 milioni di Euro.

Per l'anno 2019, l'art. 1 c. 514 della legge di bilancio 2019 fissa il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni 2019, 2020 e 2021 rispettivamente pari a Euro 114.439 milioni, 116.439 milioni ed 117.939 milioni; gli incrementi sono

subordinati alla definizione di misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi con intesa da raggiungere entro il 31/3/19. Il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario registra pertanto nel 2019 un incremento dello 0,9% rispetto all'anno 2018 (pari a un miliardo di Euro)².

Con la DGRM 1779 del 27/12/2018 di autorizzazione provvisoria alla gestione del Budget 2018 degli Enti del SSR, la Regione Marche ha autorizzato l'ASUR alla gestione provvisoria del proprio Bilancio economico preventivo, assegnando tetto di spesa per l'anno 2019 pari a euro 2.355.254.736 euro (comprensivo di 181.346.731 euro di mobilità passiva extra-regionale), di un livello di entrate proprie di 85.024.000 euro e, infine, di risorse per gli investimenti con fondi correnti di 10 milioni di euro. Sulla base di tale assegnazione, il Bilancio preventivo economico triennale 2018-2019 per l'anno 2019 prevede una riduzione del livello dei costi rispetto all'annualità 2018 di 43,8 milioni di euro; nel dettaglio, le previsioni di costo per l'anno 2019 si basano sulle seguenti ipotesi:

- a) Recupero di parte dello scostamento registrato sulla spesa pro-capite farmaceutica convenzionata rispetto al livello nazionale, mediante la realizzazione delle azioni di contenimento previste dalla DGRM 963/2017;
- b) Riduzione dei proventi straordinari relativamente all'operazione di revisione dei fondi rischi ed oneri effettuata nel 2017 e 2018 e non replicabile nel 2019;
- c) Riduzione del costo del personale in linea con il Programma triennale del fabbisogno del personale approvato con Det. ASUR/DG n. 741 del 19/12/2018;
- d) Riduzione dei costi dei fattori di produzione a gestione diretta (farmaci, altri beni sanitari e servizi, prestazioni aggiuntive, cooperative infermieristiche) in coerenza con la riduzione del costo del personale dipendente ed in applicazione degli standard strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal DM 70/15, così come recepiti dalla DGRM 1554/18.

Sulla base di tale quadro economico previsionale, l'ASUR deve intervenire con azioni di riorganizzazione e di razionalizzazione della spesa al fine di assicurare il rispetto del livello di Budget assegnato dalla Regione, viste le risorse consumate l'anno precedente e le attività avviate che producono un trascinarsi di maggiori costi sull'anno 2019.

La Regione Marche ha già adottato atti di riorganizzazione al fine di allineare la programmazione regionale a quella nazionale, con la riorganizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria; in particolare, i settori di intervento sono i seguenti:

- la riduzione del numero di strutture complesse e semplici;
- la riduzione della frammentazione della rete ospedaliera e l'istituzione del Presidio Ospedaliero Unico di AV;
- la riconversione delle piccole strutture ospedaliere;
- la riorganizzazione della rete territoriale della Emergenza-Urgenza;
- il riordino delle reti cliniche, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al D.M. 70/2015.

Pertanto, per l'anno 2019 l'ASUR conferma il processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria socio-sanitaria e dei servizi di supporto, già avviato negli anni scorsi, che coinvolge i seguenti livelli:

a) Riconversione dei piccoli ospedali in Ospedali di Comunità con attivazione delle cure intermedie: DGRM 960/2014, DGRM 1696/2012, DGRM 735/2013, DGRM 452/2014, DGRM 1183/2015.

Sono state introdotte, definite ed istituite:

² Si veda la DGRM 1779/18.

- la Degenza Post Acuzie (DPA) ad esclusiva responsabilità organizzativa e gestionale ospedaliera;
- i posti letto di Cure Intermedie (CI) realizzati nelle Case della Salute (CDS) con responsabilità organizzativa e gestionale del Territorio;
- le Unità Operative Funzionali Sociali e Sanitarie (U.O.SeS) come luogo di gestione dell'integrazione sociale e sanitaria e come centro di coordinamento per l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi delle reti integrate", secondo una impostazione unica regionale (DGRM 110 e 111 del 23 febbraio 2015);

b) Cure domiciliari (DGRM 791 del 30/07/2014 "Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione").

c) Reti cliniche (DGRM 1345/2013 e DGRM 1219/2014), riorganizzazione che parte dall'istituzione del Presidio Unico di Area vasta (DGRM 478/2013) come ambito funzionale di implementazione delle Reti Cliniche (ad eccezione delle Reti a sviluppo inter-AreaVasta), nel quale la Direzione Medica del Presidio Unico assicura il supporto per l'implementazione delle Reti Cliniche e la componente clinica (Direttori di Dipartimento, di UOC e UOSD) è responsabile della definizione e nell'implementazione dei contenuti professionali. Già la DGRM 1696 del 3/12/2012 prevedeva la necessità di *"...omissis.... un network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisca una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogeneo, integrandosi in logica di intensità di cura con sistema hub & spoke...omissis..."*. Quest'ultima specifica azione ha tenuto conto anche delle indicazioni contenute nel DM 70 del 2 aprile 2015, entrato in vigore il 19 giugno 2015, in merito agli Standard qualitativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, delle valutazioni AGENAS sui volumi minimi di attività, della performance e degli esiti clinici, per garantire al cittadino utente la massima qualità e sicurezza delle cure.

Tra le diverse Reti ospedaliere sono state definite e riorganizzate la Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza, la Rete per le Emergenze Cardiologiche, la Rete dell'Ictus sempre con la logica del sistema hub & spoke (DG ASUR 916/15 e DG ASUR 620/17).

d) Nuovo assetto organizzativo aziendale (DGRM 551/2013, DG ASUR 850 del 16 dicembre 2014 e DG ASUR 350 del 14 maggio 2015, DGR 481 del 2/8/2016 e DG ASUR 361/17) nel quale è stato individuato il numero complessivo degli incarichi dirigenziali (strutture complesse e strutture semplici) assegnate alle cinque Aree Vaste in coerenza con la riorganizzazione ospedaliera delle reti cliniche.

Nell'ambito del tetto complessivo di Budget 2019, 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 2019.

❖ 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 nello schema di decreto interministeriale relativo ai nuovi modelli di rilevazione economica di conto economico ancora in fase di adozione.

❖ Livelli Essenziali di Assistenza

Il D.P.C.M. del 12/01/2017 ha ridefinito e aggiornato i livelli essenziali di assistenza che il Servizio Sanitario Nazionale e Regione sono tenuti ad assicurare ai cittadini residenti; tra le novità si evidenziano nuovi elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti, nuovi nomenclatori per l'assistenza specialistica e protesica e, infine, l'aggiornamento della lista delle prestazioni che il SSN offre gratuitamente e di quella delle patologie per le quali si prevede l'esenzione dal ticket.

❖ Applicazione del DM 70/2015 in merito alla dotazione dei posti letto

La Regione Marche ha da ultimo normato l'applicazione del DM 70/2015 con l'approvazione della DGRM 1554/18 recante "Documento tecnico di ricognizione dello stato di attuazione del D.M. 70/2015 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Tale deliberazione costituisce una direttiva vincolante per le Direzioni degli Enti del SSR.

❖ Prestazioni inappropriate

Il D.L. n. 78 del 19/06/15 convertito in Legge 125 del 6 agosto 2015 prevede che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal DM 9/12/2015 siano messe a totale carico dell'assistito e la riduzione del trattamento economico accessorio e delle quote variabili del medico prescrittore dipendente e convenzionato, nel rispetto dei relativi accordi collettivi nazionali e regionali.

❖ 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.

❖ Spesa per appalti di servizi e per la fornitura di beni

La DGRM 665/15 "definizione degli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2015" e *Det. ASUR/DG n. 569 del 26/08/2015*, hanno emanato disposizioni urgenti per il contenimento della spesa in attuazione della L. 125/15, prevedendo una riduzione della spesa del 5% per il terzo quadrimestre 2015, per tutti i fattori produttivi inclusi nella Tabella A allegata alla Legge 125/2015 e relativa all'applicazione dell'articolo 9-ter, comma 1, lettera a).

❖ Farmaci

A partire dalla legge di Bilancio 2017 (art. 1, co. 397-408, della legge 232/2016) il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera è passato dal 3,5% al 6,89% (al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, da cui la nuova denominazione "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti"), riducendo il tetto della spesa farmaceutica territoriale (ridenominata "tetto della spesa farmaceutica convenzionata") nella misura del 7,96% (precedentemente 11,35%). Con la Legge di bilancio 2019 (art. 1 c. 574 al 584), si definisce una quota specifica del tetto per i gas medicali (pari allo 0,20%), residuando un tetto per gli acquisti diretti del 6,69%. Inoltre, pur rimanendo confermate le procedure di ripiano in caso di sfioramento (Pay Back) e la misura pari al 50% dello sfioramento, i dati per la spesa ospedaliera sono desunti dalla fatturazione elettronica; infine, si confermano i due Fondi dedicati rispettivamente ai medicinali innovativi e agli oncologici innovativi, la cui spesa passa alla competenza del MEF ai sensi della Legge di Bilancio 2019 (c. 550).

❖ Dispositivi medici

Il D.L. n. 78/2015 convertito in Legge 125/15 prevede un tetto di spesa pari al 4,4% rispetto al fabbisogno sanitario regionale, superato dalla Regione Marche già dall'anno 2014. A partire dal 2019, le procedure di ripiano a carico delle ditte fornitrici (Pay Back) si applicano sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica (art.1, comma 557 della legge di bilancio 2019), relativi all'anno solare di riferimento, in misura pari al 40% dello sfioramento.

❖ Costo del personale

L'art. 9 quinquies del DL 78/15 prevede a decorrere dal 01/01/15, in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, una riduzione delle risorse relative al trattamento accessorio e destinate ai fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente, derivante dall'economia per l'eventuale diminuzione delle strutture oggetto della riorganizzazione in essere. Sull'anno 2016 interviene inoltre la Legge di Stabilità 2016 che, all'articolo 1 comma 236, dispone che l'ammontare di risorse destinate al trattamento accessorio non può essere superiore a quanto determinato nel 2015 e va ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

Per quanto riguarda, invece, le ulteriori disposizioni sul contenimento del costo del personale, permangono in vigore le disposizioni relative a:

- 1) riduzione della spesa del personale per un importo pari a quello della spesa dell'anno 2004, decurtata dell'1,4%, mediante un percorso di graduale riduzione della spesa di personale, ovvero una variazione dello 0,1 %, fino al totale conseguimento nell'anno 2020; l'art. 1 comma 873 della legge di bilancio 2019 prevede che per le regioni colpite dagli eventi sismici le disposizioni di cui sopra non si applicano alle assunzioni effettuate a tempo determinato per far fronte all'emergenza sisma;³
- 2) riduzione del costo del personale con rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato, convenzioni ovvero contratti di collaborazione coordinata e continuativa) in misura pari al 50% del costo 2009 - D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 (art. 9, comma 28), e deroghe previste dalla L.R. 33/2014-;
- 3) 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;
- 4) 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);
- 5) 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 spese per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziate 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).

❖ Spesa per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza

L'art. 6, comma 8, del D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 prevede che le spese in parola non possano superare il limite del 20 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per le medesime finalità (disposizione di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica).

❖ Acquisto, manutenzione, noleggio e l'esercizio di autovetture

L'art. 6, comma 14, del D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 prevede che le spese in parola non possano superare il limite del 80 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 (disposizione di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica).

❖ Acquisto di Mobili e arredi

Il Comma 141 della Legge 228/2012 prevede che la spesa per mobili e arredi non possano superare il limite del 20 per cento della spesa sostenuta in media negli anni 2010 e 2011, fatto salvo la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (comma 144).

❖ Trasporti

La DGRM 968 del 25/06/2013 e DGRM 131 del 10/02/2014 fissano per gli anni 2013-2016 dei limiti di spesa inderogabili per i trasporti prevalentemente sanitari (euro 19,112 milioni per l'anno 2016) e per i trasporti non prevalentemente sanitari (1,7 milioni di euro per l'anno 2016). Successivamente, la DGRM n. 1637 del 27/12/2016 proroga fino al 31/03/2017 i limiti massimi inderogabili di spesa per l'ASUR relativi ai trasporti prevalentemente non sanitari (DGRM 968 del 25/06/2013) ed i trasporti prevalentemente sanitari (DGRM 131 del 10/02/2014). Infine, con DGRM n. 301 del 29/03/2017 è stato incrementato il tetto di spesa assegnato all'ASUR con riferimento al solo trasporto sanitario per gli anni 2017 e 2018, in misura pari al 15% (euro 21,978 milioni). Il contenuto di tale atto è stato integralmente recepito con Determina ASUR/DG n. 487 del 31/7/2017 e successiva Determina ASUR

³ Al momento della stesura del presente Piano, l'intesa Stato Regioni del 21/3/2019 di superamento del vincolo del 2004-1,4% non risulta ancora approvata.

DG n. 675 del 17/11/2017, che hanno dettagliato i nuovi tetti per singola Area Vasta per gli anni 2017-2018.

❖ Dipendenze Patologiche

Con DGRM 1437/2018 ha approvato l'accordo quadro per il triennio 2018-2020 per le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, prevedendo il medesimo tetto di spesa del triennio precedente.

❖ Residenze Protette

Con Determina DG ASUR n. 1115 del 6/8/2018 la Giunta Regionale ha aggiornato e regolamentato le modalità di consultazione tra i competenti Servizi della Giunta Regionale e gli Enti Gestori istituendo un tavolo permanente di consultazione con gli Enti Gestori; inoltre ha approvato le modalità per la distribuzione di ulteriori Posti Letto di Residenza Protetta Anziani R3 (ex R3.2) da contrattualizzare sulla base della quota minima del 66% dei P.L. convenzionati rispetto agli operativi, incrementandone la dotazione di n. 186 posti letto per la tipologia R3D (ex R3.1) e n. 386 posti letto di RPA.

❖ Nuove Tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale

La DGRM 1331/2014 prevede l'applicazione di nuovi standard assistenziali, tariffe e quote di compartecipazione del cittadino per l'assistenza agli anziani, disabili e salute mentale, a decorrere dal 01/01/2015. La Legge regionale n. 50/2018 (art. 2 c. 2) prevede la rimodulazione della capacità massima dei Centri-socio-assistenziali e di quelli a valenza socio-sanitaria (da 10 a 15 utenti, dalla tariffa di 15,10 a quella di 43,40 euro).

C) L'Amministrazione «in cifre»

Nei paragrafi seguenti si riporta un quadro sintetico dei dati qualitativi e quantitativi dell'Azienda, al fine di fornire al lettore le informazioni rilevanti sul fronte delle risorse economico-finanziarie, risorse professionali, struttura dell'offerta e servizi resi, utili per l'interpretazione degli obiettivi strategici e operativi che l'Azienda intende perseguire nel triennio.

1 - Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda ASUR Marche gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.800 milioni di Euro ed evidenzia dal 2007 al 2017 (ultimo bilancio di esercizio approvato) una situazione di equilibrio economico complessivo.

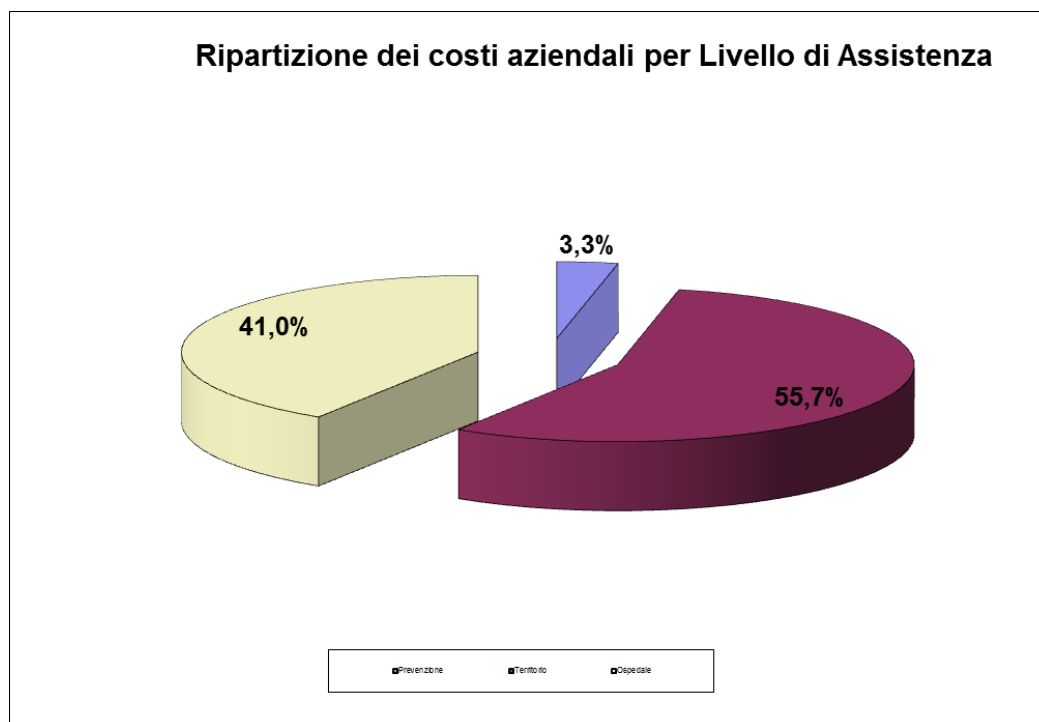
Le risorse a disposizione dell'Azienda (pari a complessivi 2.809 milioni di euro nel 2017) derivano per il 93,3% da contributi regionali ed in via residuale da entrate proprie e ricavi da prestazioni.

Tali risorse sono destinate alla copertura dei costi gestionali sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, quali l'acquisto di servizi sanitari (per il 53% del totale), il personale (per il 26,9% del totale) e beni e servizi (per il 19,7% del totale).

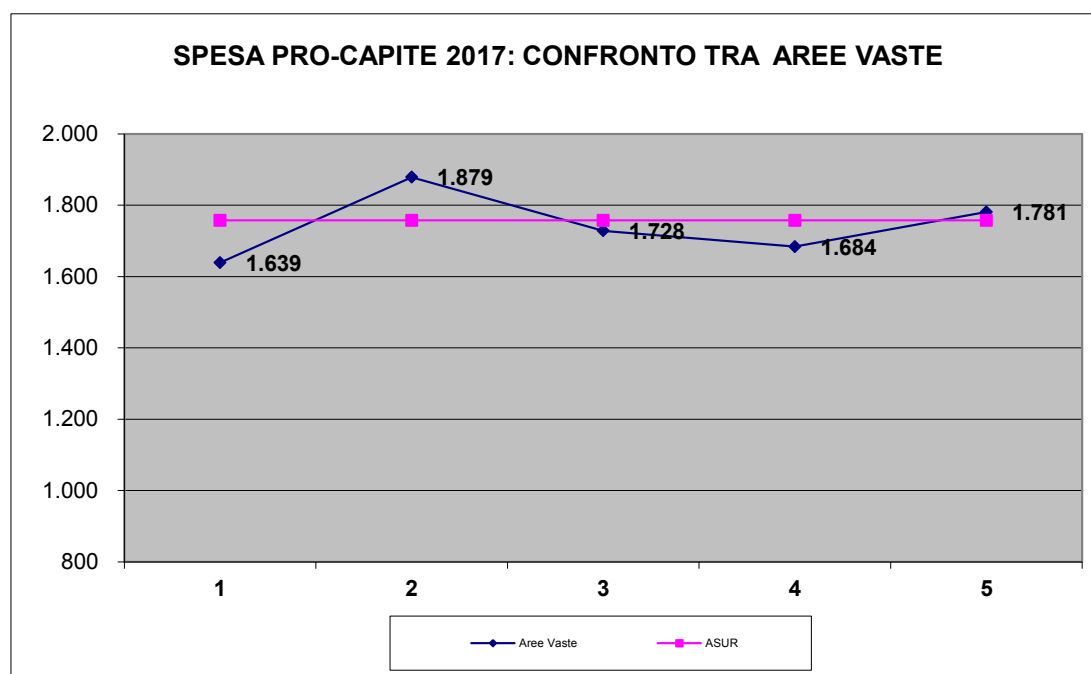
Si veda il Bilancio aziendale 2017 riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2017	CONSUNTIVO 2017 -CONS 201
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	165.522	-	- 165.522
A1	TOTALE RICAVI	2.705.593.146	2.809.045.656	103.452.510
A11	<i>CONTRIBUTI REGIONALI</i>	<i>2.529.515.771</i>	<i>2.620.602.191</i>	<i>91.086.421</i>
A12	<i>ALTRI CONTRIBUTI</i>	<i>1.609.361</i>	<i>1.337.289</i>	<i>- 272.072</i>
A13	<i>RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE</i>	<i>88.487.836</i>	<i>74.371.637</i>	<i>- 14.116.199</i>
A14	<i>ENTRATE PROPRIE</i>	<i>68.527.345</i>	<i>63.532.685</i>	<i>- 4.994.660</i>
A15	<i>RICAVI STRAORDINARI</i>	<i>17.452.833</i>	<i>49.201.853</i>	<i>31.749.020</i>
A16	<i>COSTI CAPITALIZZATI</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
A2	TOTALE COSTI	2.705.427.623	2.809.045.656	103.618.032
A21	<i>PERSONALE</i>	<i>743.596.457</i>	<i>754.988.392</i>	<i>11.391.935</i>
A22	<i>BENI</i>	<i>359.908.015</i>	<i>377.250.457</i>	<i>17.342.442</i>
A23	<i>SERVIZI</i>	<i>176.003.320</i>	<i>176.921.841</i>	<i>918.521</i>
A24	<i>OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI</i>	<i>483.622.221</i>	<i>525.048.256</i>	<i>41.426.034</i>
A25	<i>SPECIALISTICA ESTERNA</i>	<i>160.014.735</i>	<i>170.960.681</i>	<i>10.945.946</i>
A26	<i>SPECIALISTICA INTERNA</i>	<i>20.819.932</i>	<i>20.745.183</i>	<i>- 74.749</i>
A27	<i>FARMACEUTICA</i>	<i>299.663.252</i>	<i>293.991.173</i>	<i>- 5.672.078</i>
A28	<i>MEDICINA DI BASE</i>	<i>172.053.161</i>	<i>172.393.197</i>	<i>340.035</i>
A29	<i>ALTRE PRESTAZIONI</i>	<i>233.319.433</i>	<i>251.380.948</i>	<i>18.061.515</i>
A30	<i>LIBERA PROFESSIONE</i>	<i>18.164.581</i>	<i>17.536.850</i>	<i>- 627.732</i>
A31	<i>AMMORTAMENTI</i>	<i>8.034.737</i>	<i>6.471.300</i>	<i>- 1.563.437</i>
A32	<i>ACCANTONAMENTI</i>	<i>23.529.592</i>	<i>27.582.822</i>	<i>4.053.230</i>
A33	<i>TRASFERIMENTI</i>	<i>189.242</i>	<i>129.771</i>	<i>- 59.471</i>
A34	<i>ONERI FINANZIARI</i>	<i>916.818</i>	<i>140.810</i>	<i>- 776.008</i>
A35	<i>ONERI STRAORDINARI</i>	<i>5.592.127</i>	<i>13.503.977</i>	<i>7.911.850</i>

Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi 2017, la Prevenzione assorbe il 3,3% (corrispondente a 94 milioni di euro), il territorio il 55,7% (corrispondente a 1.575 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 41% dei costi sostenuti (pari a 1.159 milioni di euro).



In termini di costo procapite, 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 procapite pari a 1.781 euro, così come ripartito per singola Area Vasta nel grafico seguente.

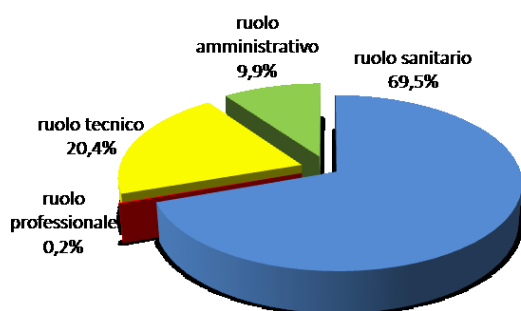


2 - Le risorse professionali

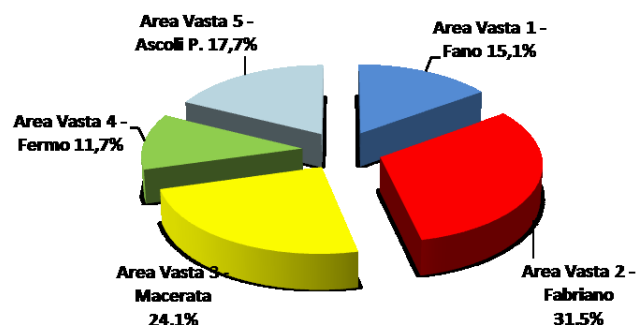
L'ASUR conta 14.325 dipendenti all data del 31/12/2017⁴, 335 aggiuntivi rispetto all'anno precedente (13.990 nel 2016), così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale.

DOTAZIONE PERSONALE AL 31/12/2017(TESTE)		TOTALE ASUR	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
RUOLO	AREA						
sanitario	dirigenza medica	2.328	249	616	496	237	358
	dirigenza non m.	327	109	197	156	82	139
	comparto san	7.302	1.080	2.264	1.840	864	1.283
professionale	dirigenza	16	5	1	4	3	2
	comparto	10	-	6	7	3	-
tecnico	dirigenza	32	9	10	5	3	5
	comparto tec	2.892	485	1.014	595	312	477
amministrativo	dirigenza	71	9	24	16	10	11
	comparto	1.347	214	375	336	161	256
		14.325	2.157	4.507	3.455	1.675	2.531

Distribuzione dipendenti ASUR per ruolo



Distribuzione dipendenti ASUR per Area Vasta



Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.125 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.335.410 unità, e 179 pediatri di libera scelta, che assistono 164.607 assistiti⁵.

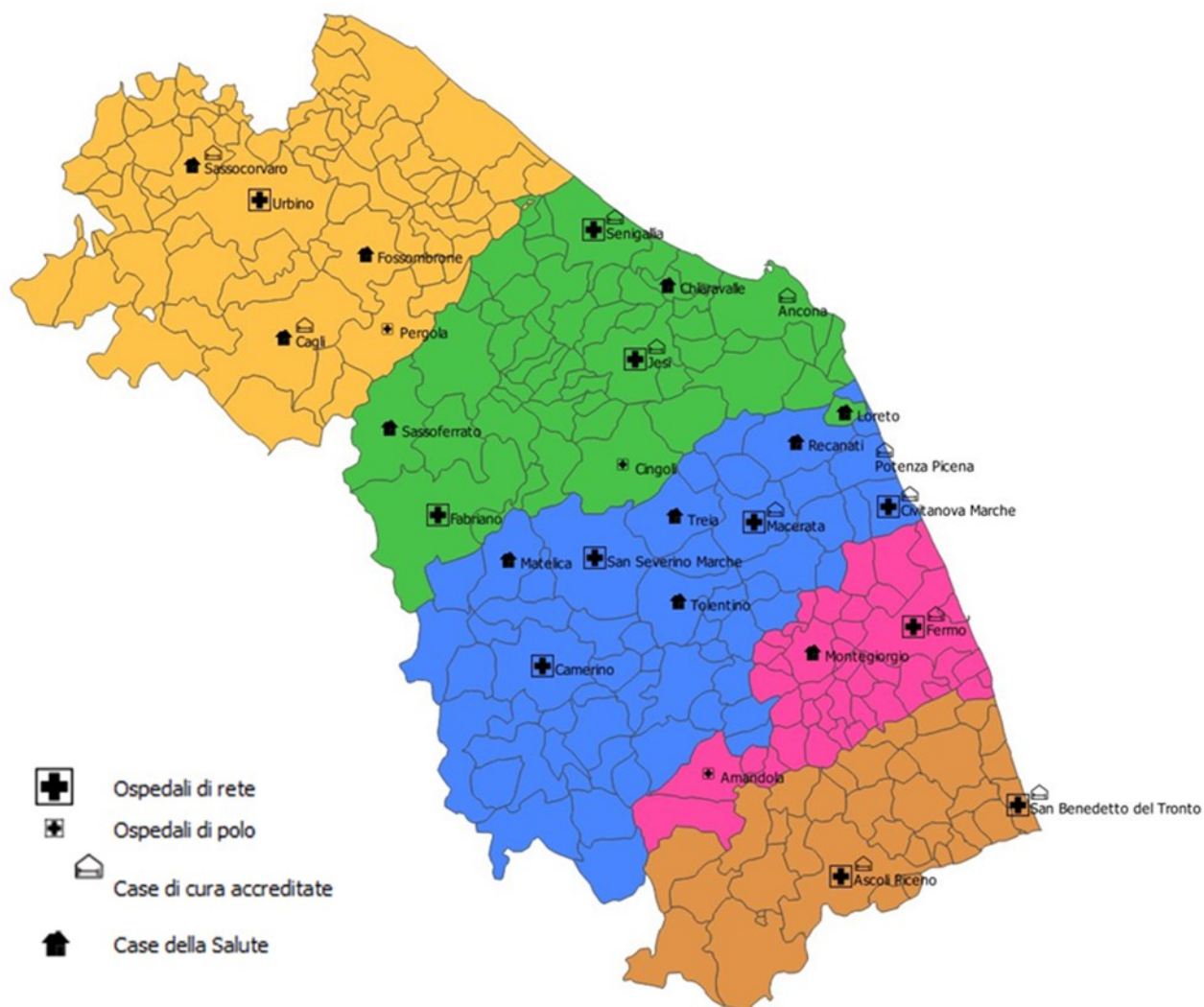
3 - La struttura dell'offerta

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.

⁴ Fonte: dato Consuntivo 2017.

⁵ Fonte: Modello FLS 12 Anno 2017.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 25 stabilimenti raggruppati, in 11 stabilimenti maggiori (nominati ex Ospedali di rete) e 3 stabilimenti minori (nominati ex Ospedali di Polo) e 11 stabilimenti di riconvertiti in case della salute. A questi si aggiungono 11 Case di Cura Private accreditate, come da prospetto e mappa seguenti.



Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2018)

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	OSP S. MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO
			02	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO - PERGOLA
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT 4 - SENIGALLIA
			02	OSPEDALE DI JESI - CARLO URBANI
			04	OSPEDALE CIVILE 'E. PROFILI' - FABRIANO
			06	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA
			02	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA
			03	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO
			04	OSPEDALE B. EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	OSPEDALE DI FERMO
			02	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	MADONNA DEL SOCCORSO - S. BENEDETTO
			02	OSP. GEN. ASCOLI PICENO

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2018)

CODICE STRUT.	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	AV2	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	Struttura multi-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA IGEEA
			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 VILLASVERDE
			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
			AV3	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26	AV2	02	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
			AV5	03	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
			AV1	04	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI

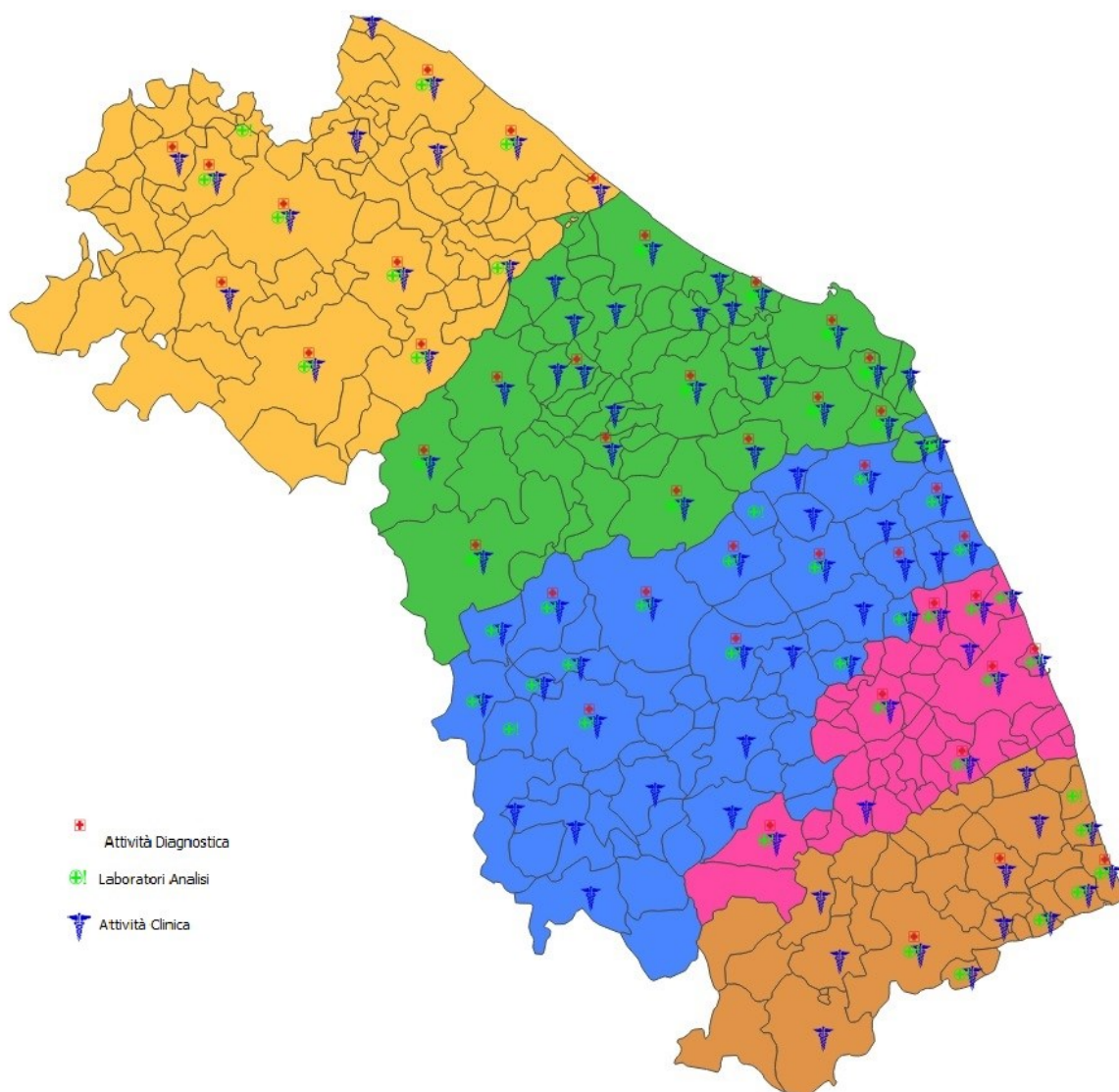
Nell'anno 2018 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 2.642 unità, comprendenti 350 posti letto di DH/DS, 192 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.100 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti). Rispetto all'anno precedente si evidenzia una riduzione della dotazione complessiva dei posti letto ASUR a gestione diretta, per effetto dello scorporo del Presidio ospedaliero di Osimo a valere dal 1/1/2018, con il trasferimento di 4 posti letto di day-hospital, 12 di day-surgery e 68 di degenza ordinaria.

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 892 unità, comprendenti 59 posti letto di DH/DS, 396 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

I Posti letto delle strutture private escluse la riabilitazione ex art. 26 sono pari a 685 unità, di cui 415 per acuti e 270 di Lungodegenza Post Acuzie, cui si aggiungono 40 PL per le cure intermedie e 125 di RSA.

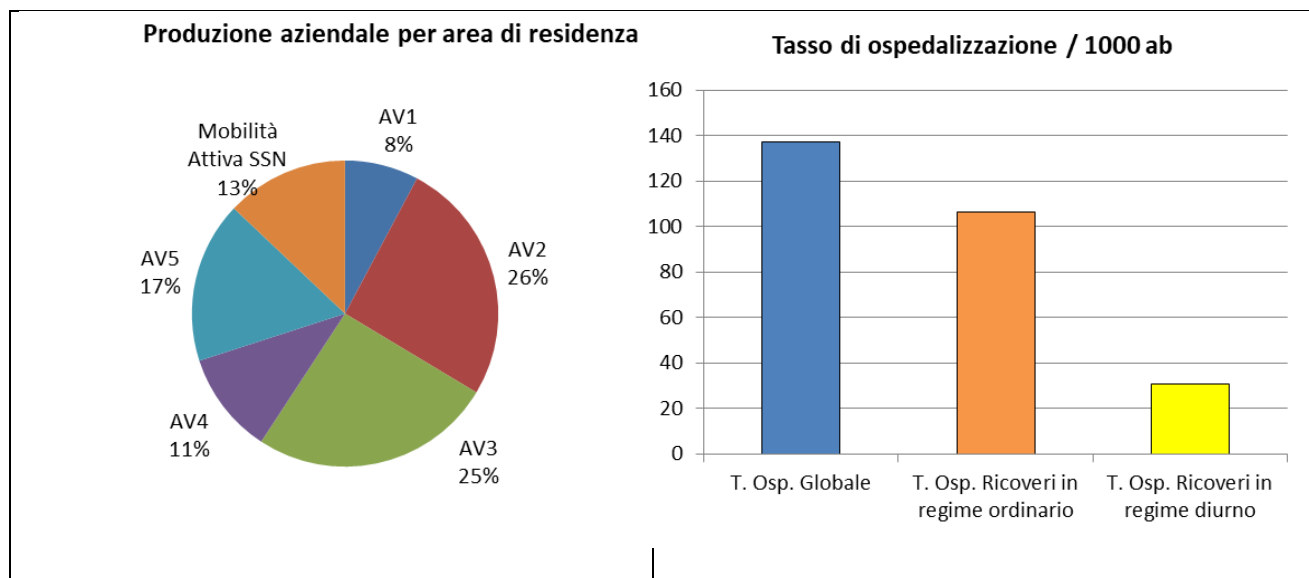
L'Azienda opera mediante 308 strutture territoriali a gestione diretta e 328 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)

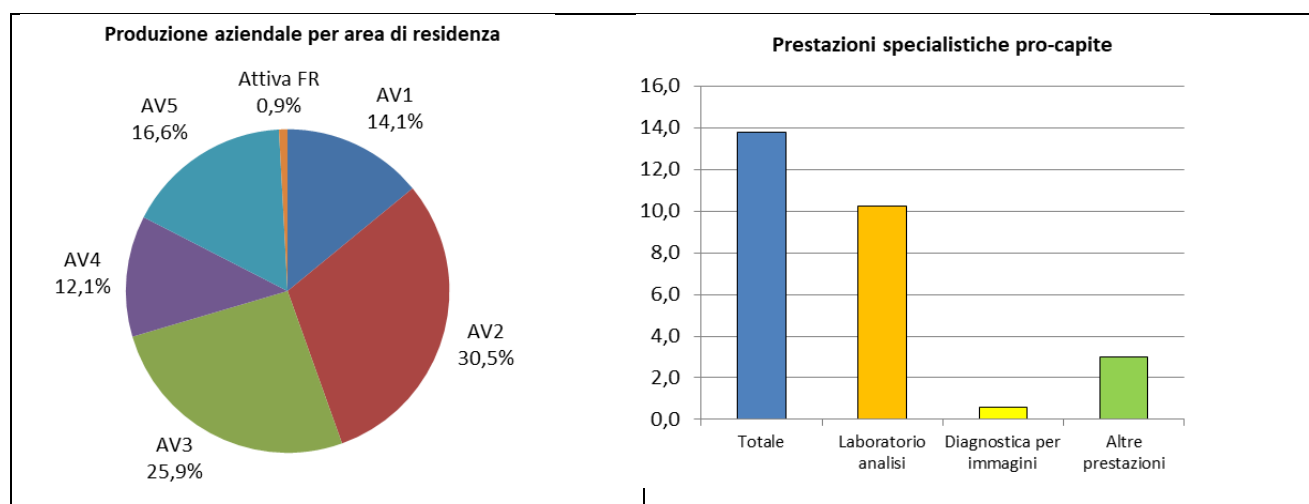


4 - I servizi sanitari erogati

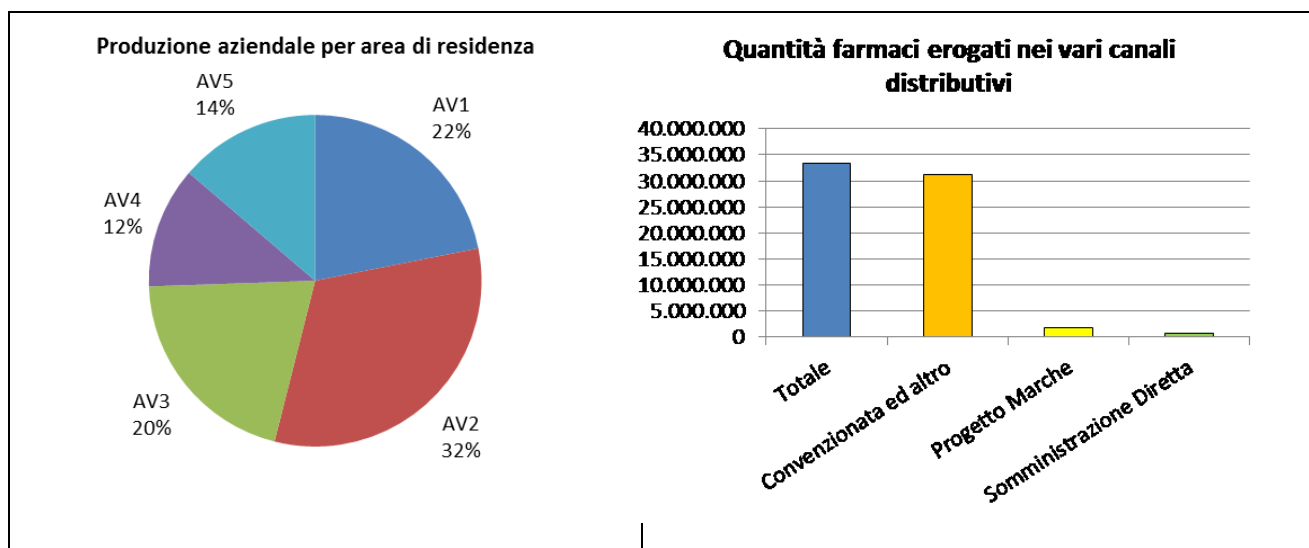
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2017 ha erogato complessivamente 141.665 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), 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 137, con un valore pari a 107 per i ricoveri in regime ordinario e 31 per quelli in regime diurno.



In merito all'assistenza specialistica, nel 2017 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 21.377.770 prestazioni, di cui 99.1% ai pazienti regionali ed il restante 0.9% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 13.8 prestazioni per residente, di cui 10.2 prestazioni di laboratorio analisi e 0.6 di diagnostica per immagini.



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio 2017 l'azienda ha erogato complessivamente 33.408.124 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%).



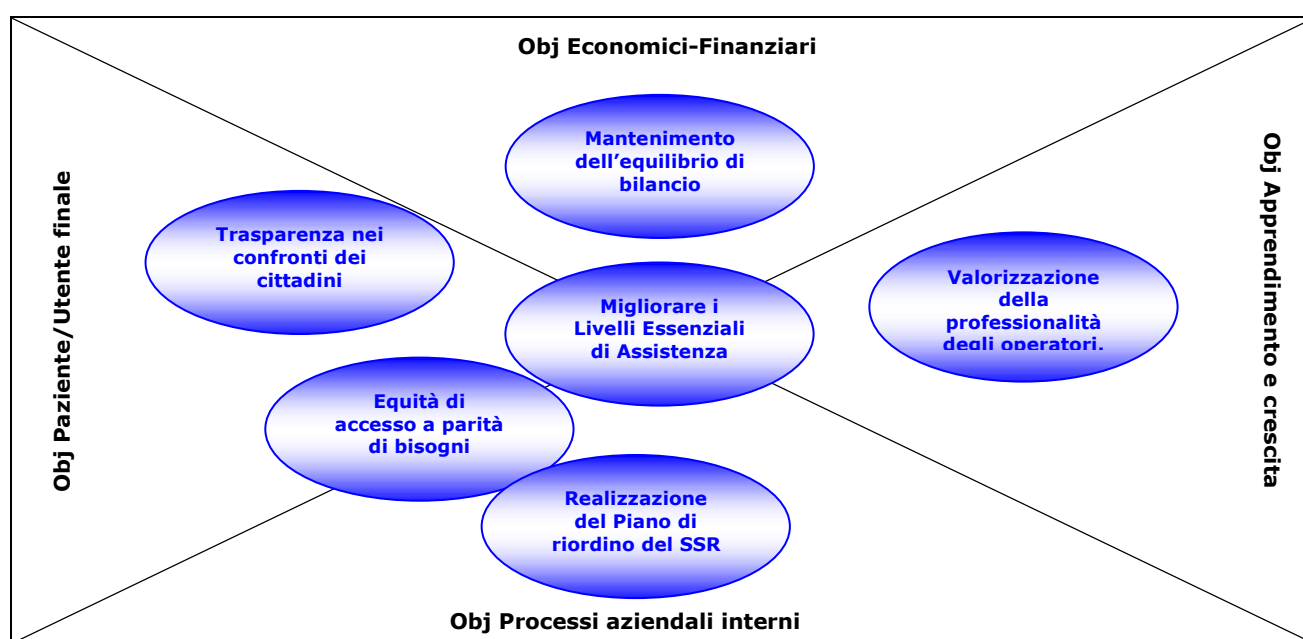
D) Il Piano delle Performance 2019-2021

1 - Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2019-2021 scaturiscono direttamente dalla *mission* aziendale (§B1) nonché dalle scelte di pianificazione sanitaria ed economica effettuate dalla Regione Marche con il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 (deliberazione n. 38 del Consiglio Regionale), in attesa dell'approvazione del nuovo Piano.

Di seguito, si descrive la logica che lega appunto la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici ("Albero delle performance"). 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 finale;
- ❖ 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**

In attesa del nuovo Piano, il PSSR 2012-2014 e la successiva DGRM 1696/2012 individuavano le azioni di riorganizzazione del SSR necessarie per garantire da un lato il miglioramento della qualità delle risposte ai bisogni di salute e dall'altro la compatibilità della spesa sanitaria con le risorse disponibili. Definito il quadro di programmazione regionale⁶, l'ASUR è ancora impegnata alla realizzazione di tale riordino, mediante la riduzione della frammentazione ospedaliera, la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute, la riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza e, infine, il riordino delle reti cliniche in coerenza con il D.M. 70/2015.

➤ **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.

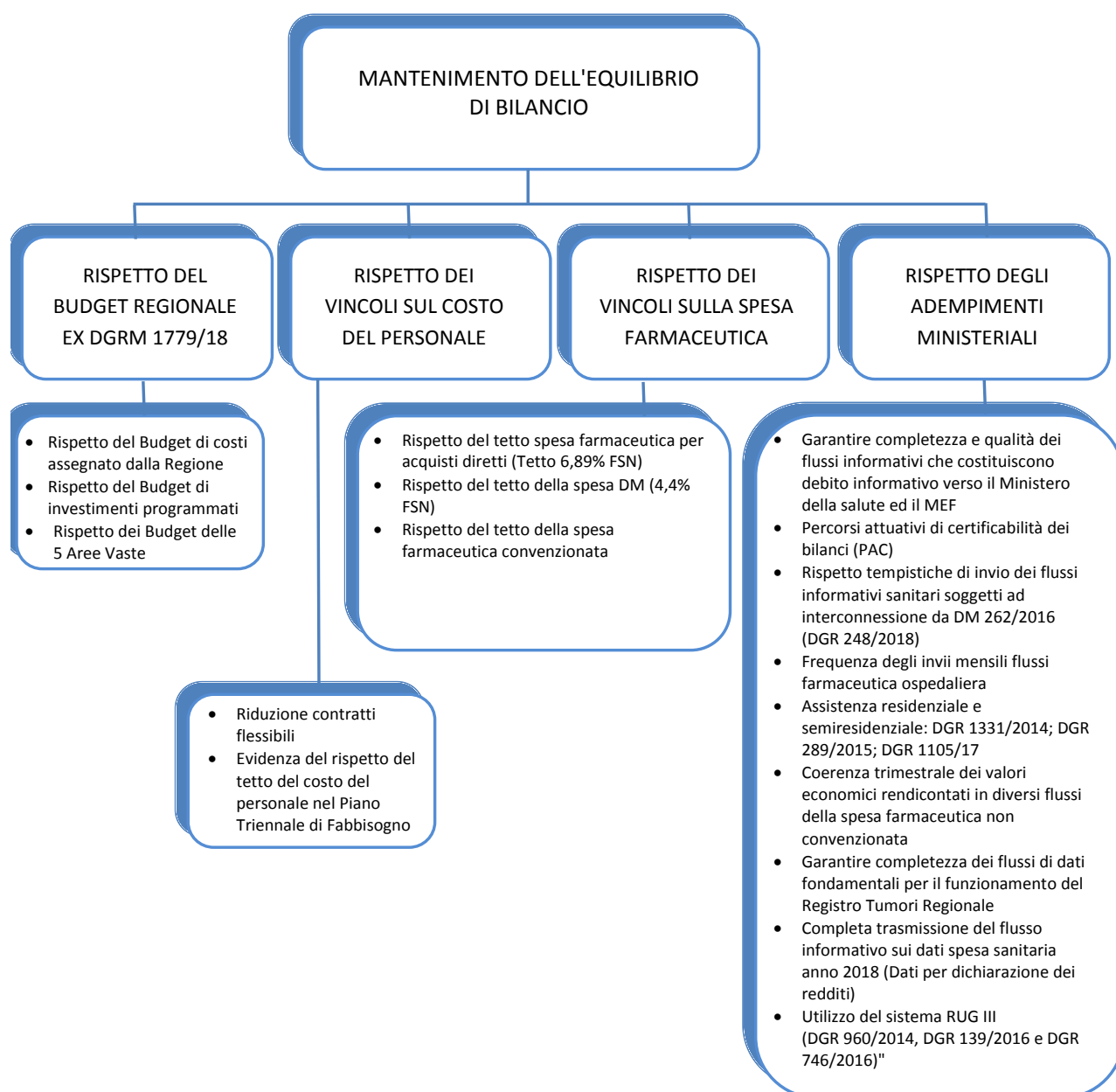
➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

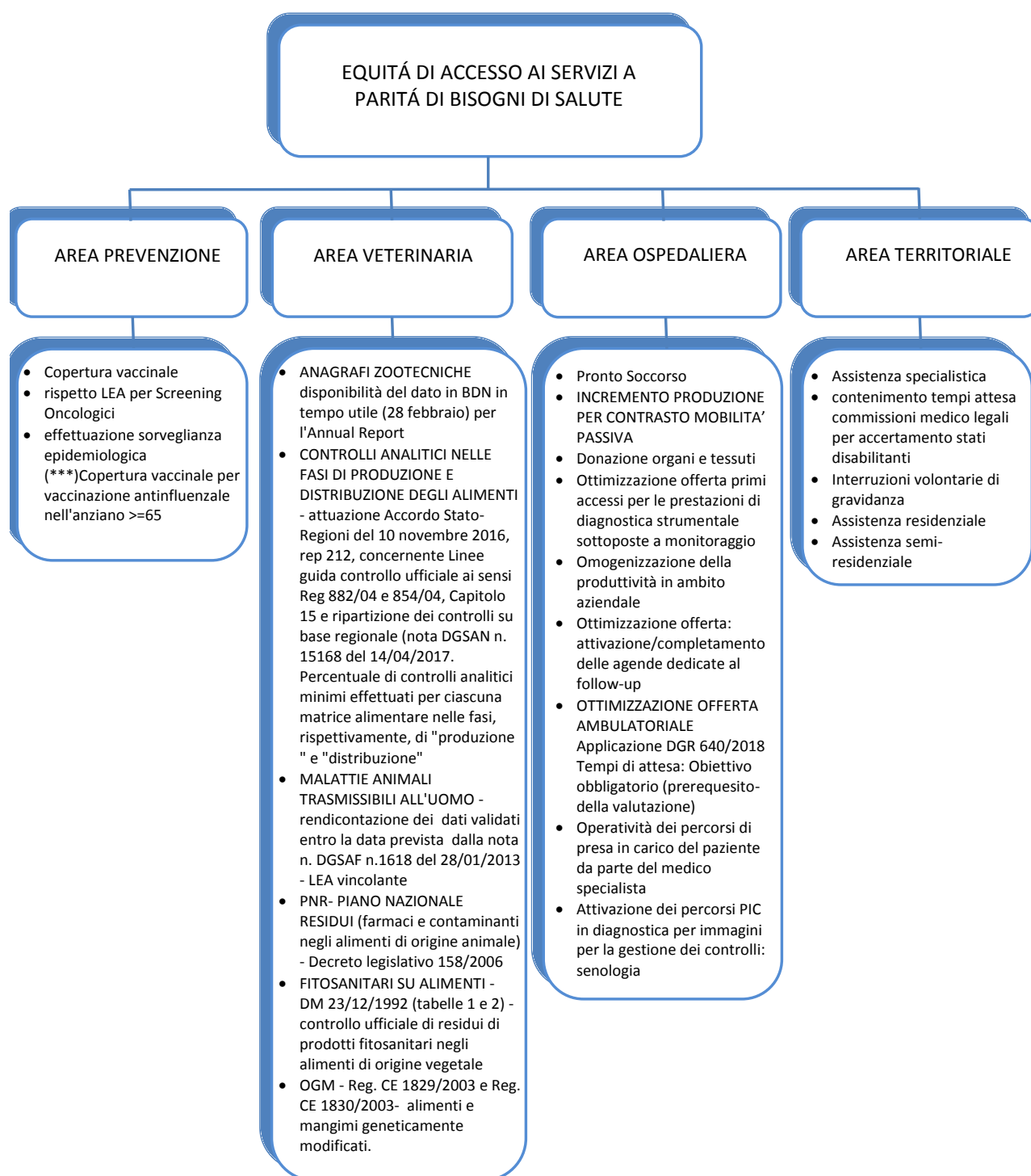
La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASUR, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia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

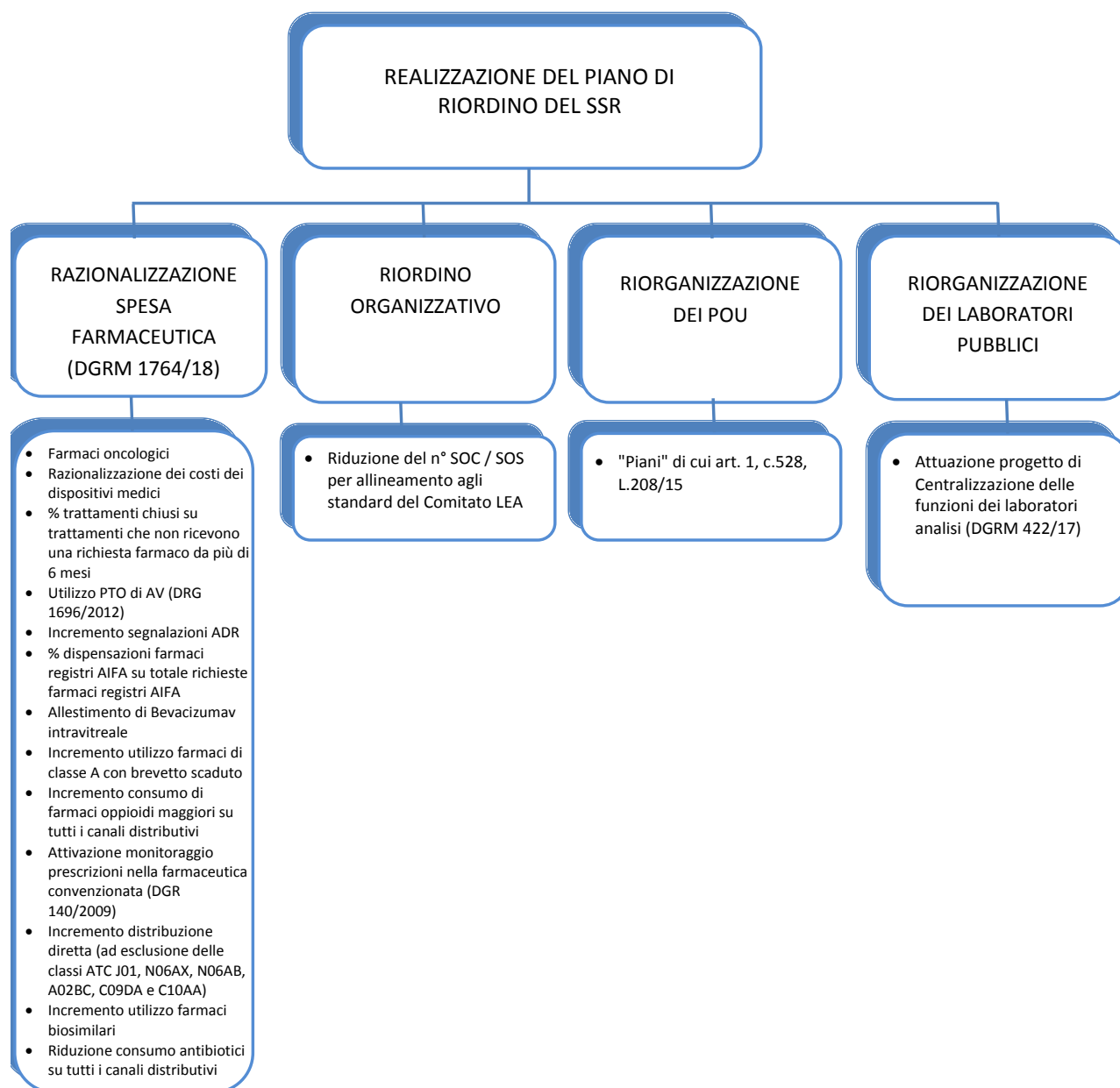
2 – L'albero della Performance

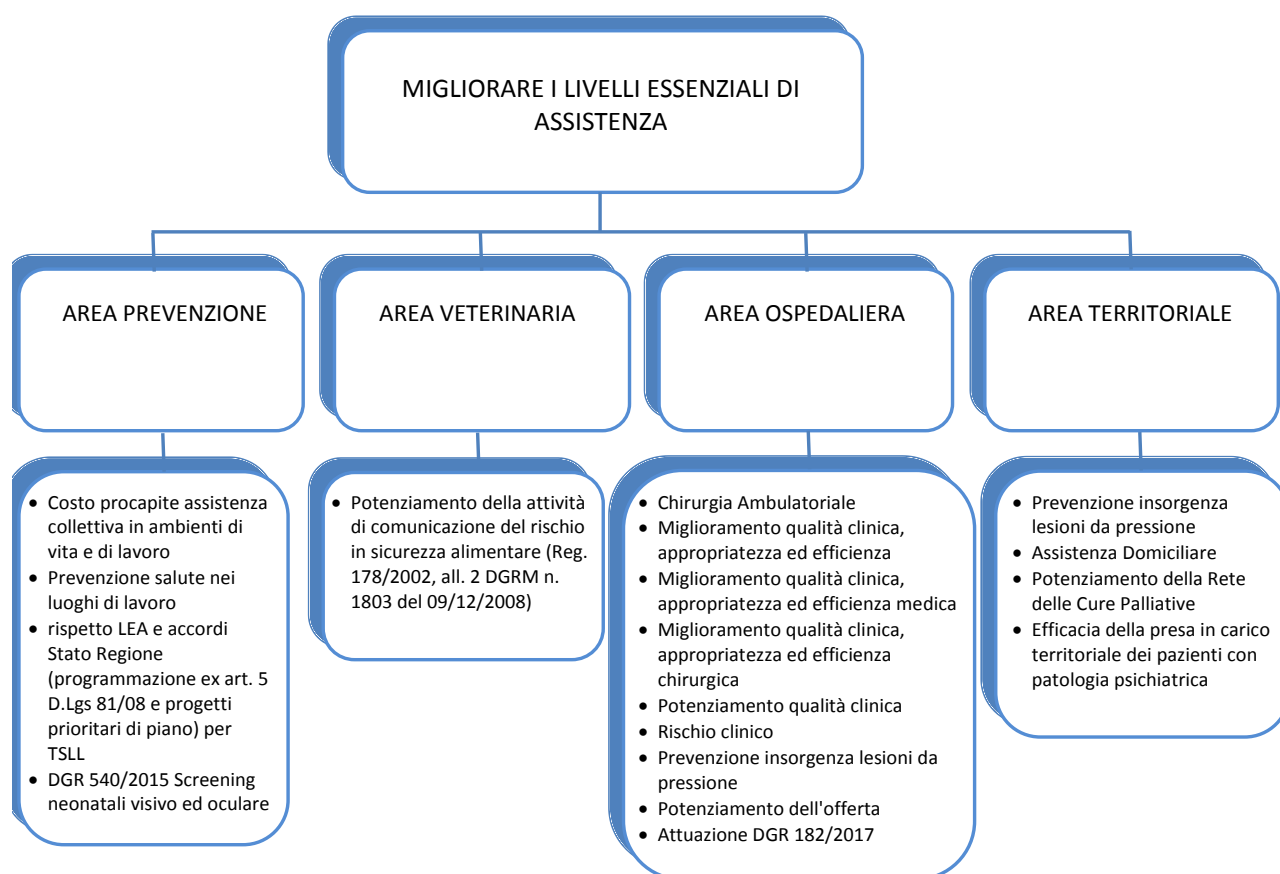
Il collegamento tra la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici è rappresentato nell'albero della performance seguente, che costituisce il collante con gli obiettivi operativi definiti per il 2019.

⁶ Deliberazioni n. 478/2013 (Numero dei presidi ospedalieri per AAVV), n. 551/2013 e 1219/2014 (riduzione delle strutture complesse e semplici), n. 735/2013 (Riduzione della frammentazione ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza), 1345/2013 e 1219/2014 (Riordino delle reti cliniche), 920/2013 e 1476/2013 (Riordino rete emergenza-urgenza).







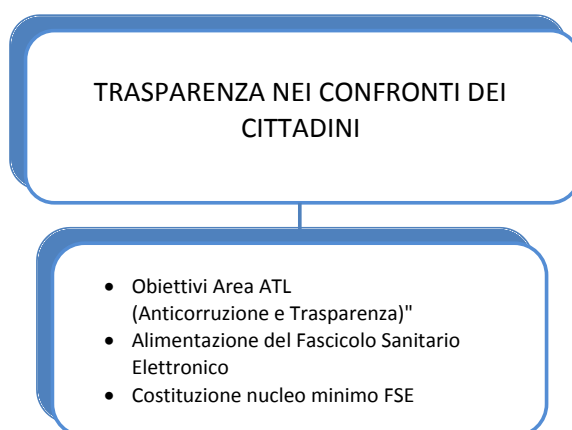


SISTEMI INFORMATIVI E SERVIZI DI SUPPORTO

- Garantire il rispetto dei tempi di pagamento
- Completezza Tabella 1C. Bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate
- Efficacia ed efficienza del processo di budgeting
- Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore
- Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati
- Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMGPLS e dagli specialisti) - Produzione
- Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione
- Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione
- Produzione e trasmissione del 90% dei referti di laboratorio in formato CDA2 al Sistema FSE
- Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni

VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI

- Riduzione contratti flessibili
- Attuazione piano assunzioni
- Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno



3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2019

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati gli indicatori e risultati attesi per l'anno 2019, che recepiscono la prima bozza di obiettivi che la Regione intende assegnare all'ASUR (allo stato attuale non è stata ancora approvata dalla Giunta Regionale la delibera di assegnazione degli Obiettivi 2019 agli Enti del SSR), nonché il mantenimento dei risultati ancora da perseguire di cui alla DGRM 470 del 16/04/2018 e Det. 460/2018. Infatti, la Regione Marche rimane ancora per l'anno 2019 in attesa dell'approvazione del Nuovo Sistema di Garanzia che andrà a disciplinare la valutazione dell'erogazione dei LEA dei diversi Servizi Sanitari Regionali.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2019 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2019, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Allegato 3 al presente Piano delle Performance rappresenta per ciascun obiettivo l'elenco degli indicatori e dei risultati attesi per l'anno 2019.

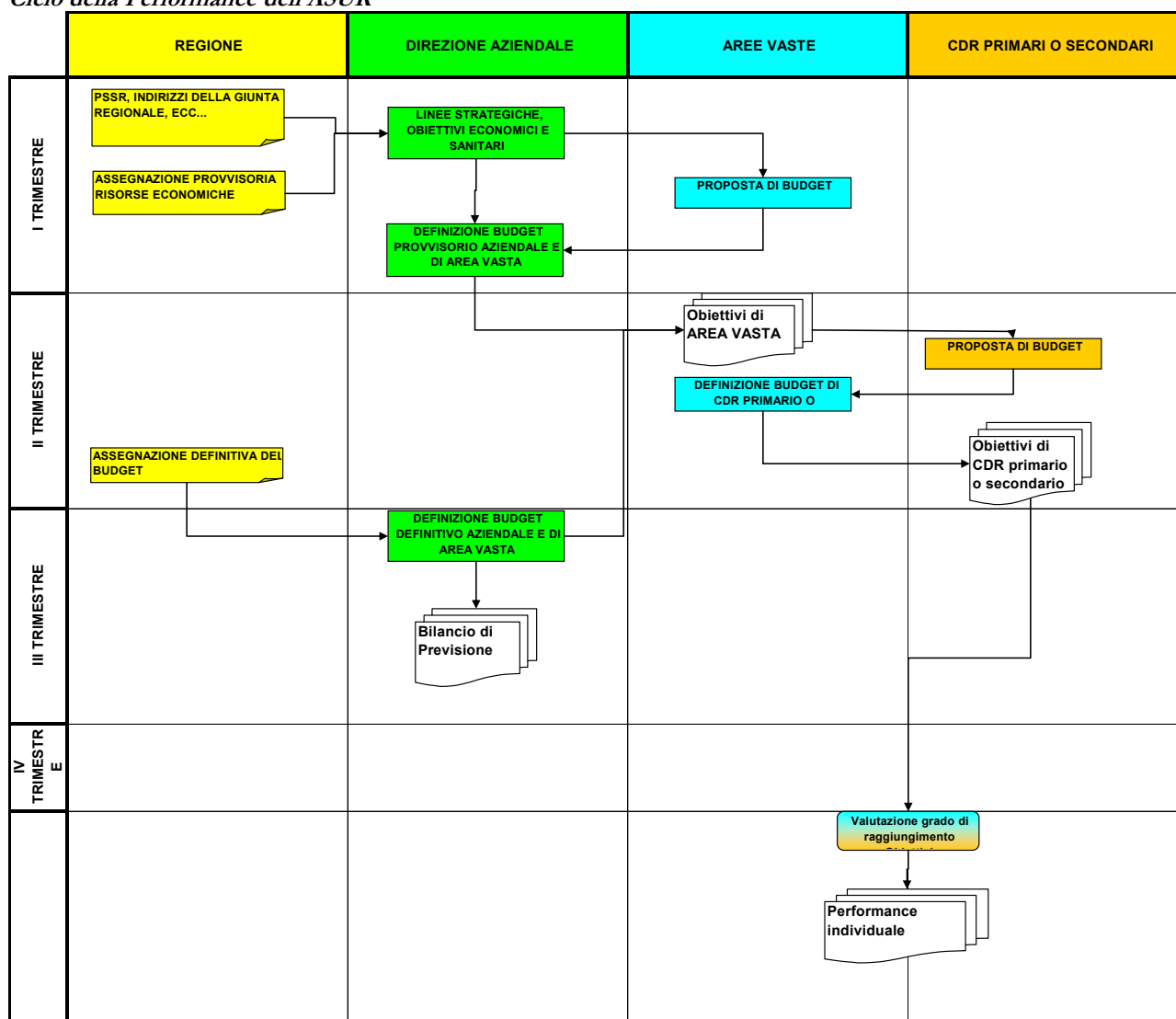
E) Il ciclo della performance

Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4).



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.

ALLEGATO 1



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'Utenza e Miglioramento Qualità Assistenza								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Efficienza ed appropriatezza organizzativa - processi interni -								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Economico-finanziario								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Apprendimento e crescita professionale e tecnologica dell'organizzazione								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	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		
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 Attr. Biomedicali)	Acquisto/leasing/noleggiodato	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

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
216	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019)	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 2018 descritti in all. A DGR 202/16. (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11)		relazione ASUR
398	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali per i programmi 1 - 4 PRP in ciascuna AV per l'anno 2018	determina in ciascuna Area Vasta		Approvazione atti
399	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019)	Registrazione delle attività di controllo ispettivo relative ai cantieri notificati nella piattaforma web Marche Prevenzione (Linea progettuale 6.7)	N. cantieri per i quali viene registrata attività ispettiva nella piattaforma Marche Prevenzione	N. di cantieri notificati e sottoposti a controllo ispettivo (notifiche on line ex art 99)	100%
396	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute"	prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta	prevalenza anno di valutazione	prevalenza anno precedente a quello della valutazione	>=% sovrapp/obesa, sedentaria e consumo frutta anno precedente
<u>4.1</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) (Vinculante)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
<u>115</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (Vinculante)	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione ≥ 65 anni residente	≥ 75%
12	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	copertura vaccinale anti HPV	N. soggetti nel corso del 12° anno di vita vaccinati con cicli completi	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 70%
<u>183</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Vinculante)	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%
269	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte dei nati 2017	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningo B	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 80
270	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) di una dose antimeningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 80
271	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini nati dall'anno 2017 con offerta a 13-15 mesi con dose vaccino anti-varicella	N° di soggetti vaccinati nati a partire dall'anno 2017	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 75
273	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomelite, da effettuare con richiamo (dTpa IPV)	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 90

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
274	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enne	N° di soggetti di età ≥65 anni vaccinati per antipneumococcica	Popolazione 65enni residente	≥ 25%
275	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età	N° di soggetti vaccinati anni 65	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 25%
345	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini di 5 - 6 anni di età contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite	N° di soggetti di 5-6 anni di età vaccinati contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 95
119	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
182	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi		95%
<u>8</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI	n. di interviste effettuate	n. interviste da effettuare	≥ 90%
<u>6.1</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%
<u>117.2</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	>10%
<u>5.3</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di canceri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (canceri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei canceri invasivi screen-detected	N° di tutti i canceri screen-detected * 100	< 25%
<u>184</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	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 2018 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2018	>50%
<u>185</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	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 2018 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2018	> 45%
<u>186</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	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 2018 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2018	> 40%

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
20.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE 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
20.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE 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
20.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%
344	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAF n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campionii effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase
19	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	FITOSANITARI 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
14.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%
14.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
22	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
16	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	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

ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
<u>45.1</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"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 (Vincolante)	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	<2018
<u>45.1</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"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 (Vincolante)	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	<2018
<u>198</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 100 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	>2018
<u>199</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Vincolante)	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	>2018
<u>200</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"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 (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 50% per ciascun stabilimento
<u>227</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	> 2018
<u>261</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus ischemico:	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	< 2018
<u>262</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Int. TM mammella: % nuovi int. di resezione entro 120 gg da int. conservativo	N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella	N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella	< 2018
<u>263</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Int. TM polmone: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento
<u>265</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	< 2018
<u>266</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Parto naturale: % complicanze	N° ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto naturale	< 2018
<u>267</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Parto cesareo: % complicanze	N° ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto cesareo	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento
<u>295</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	mortalità a 30 giorni dai ricoveri per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	< 2018

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
370	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Attuazione DGR 182/2017	Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predisposizione protocolli basati sul PBM	Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predisposizione protocolli basati sul PBM		Adozione provvedimenti formali [Target ASUR]
237*	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	CHIRURGIA AMBULATORIALE	Rapporto tra prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) e totale prestazioni trasferibili in regime ambulatoriale	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	< 2018
234	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	Donazione di organi: % Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione	N° accertamenti di morte con criteri neurologici	N° soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero con lesione cerebrale acuta rianimazione	≥ 2018
318	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	% Donatori di tessuti sottoposti ad accertamento di morte sugli accertamenti di morte	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo-scheletrico, vasi, valvole, cute sottocutaneo e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte	≥ 2018
375	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	% donatori effettivi di organi	N. Donatori effettivi di organi	N. Pazienti deceduti entro 15 gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta	≥ 2018
343	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	Attuazione DGR 982/2016	Implementazione procedure attivazione trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche		Implementazione procedure
402	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	Costituzione Banca degli Occhi di Fabriano	Predisposizione Atto Aziendale di Costituzione Banca degli Occhi in attuazione della DGR 2951/2001		Predisposizione Atto Aziendale
286	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento prestazioni relative a specifiche attività	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2019) - (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	≥ 2018 (tolleranza 10%)
45.5	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Vincolante)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		< 2018
45.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	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 (Vincolante)	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	≥ 80%
45.6	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	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 (Vincolante)	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.	≤ 0,17
45.7	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ 2018 [Tolleranza 5%]
45.8	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2019 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 (Vincolante)	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	-13,5% (Tolleranza 20%)
45.9	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ 22%
196	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	-10% [Tolleranza 20%]

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
224	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	> 95%
304	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti (Vincolante)	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	-5%
47.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza chirurgica	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 2018
47.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza chirurgica	DRG LEA Chirurgici: % Ricoveri in Day-Surgery	Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	≥ val 2018
46	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza medica	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	-5%
214	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Potenziamento dell'offerta	Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione con l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV		Documentazione inviata entro il 31/01/2020
195	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Potenziamento qualità clinica	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%
366	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Prevenzione insorgenza lesioni da pressione	Riduzione prevalenza lesioni da pressione	Numero pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza nella struttura	Numero pazienti arruolati nell'indagine di prevalenza	<2018
49.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage)	>2018
49.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 1 ora	>2018
107	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) (vincolante)	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		≤ 17,5 minuti (nessuna Tolleranza)
299	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2020
298	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2020

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
300	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2020
301	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2020
329	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Rischio clinico	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Sepsis post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	< Valore Regionale
400	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Rischio clinico	Relazioni annuali (art. 2, c 5, L. 24/2017)	Evidenza nel sito internet aziendale delle relazioni annuali		Pubblicazione sul sito internet
401	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Rischio clinico	Revisione ed implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute	N. raccomandazioni revisionate ed implementate	Totale raccomandazioni	≥ 3 raccomandazioni su 18

LISTE DI ATTESA

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
113	C. LISTE DI ATTESA	Omogenizzazione della produttività in ambito aziendale	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità			100%
166	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso/classe priorità	N.totale di prestazioni richieste	>90%
188	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; - visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor Doppler 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%
189	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; - visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor Doppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
190	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
191	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
192	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
193	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
363	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità P	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P (≤ 180 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità P	90% entro il 31/03/2019
365	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio	% di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	Numero di posti/settimana medi disponibili nell'ultimo quadrimestre 2019	Numero di posti/settimana medi disponibili all'ultimo quadrimestre 2018, per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	>0
388	C. LISTE DI ATTESA	Operatività dei percorsi di presa in carico del paziente da parte del medico specialista	Pazienti con seconda prestazione dopo prima visita entro 30 giorni con DEMA emessa dallo specialista	Numero di pazienti con prestazione di controllo dopo prima visita entro 30 giorni con DEMA emessa dallo specialista	Numero di pazienti con seconda prestazione dopo prima visita	> 2018
389	C. LISTE DI ATTESA	Attivazione dei percorsi PIC in diagnostica per immagini per la gestione dei controlli: senologia	Pazienti con prestazione di diagnostica per immagini senologica (ecografia / mammografia) successiva con prenotazione in agenda PIC	Numero utenti con prenotazione di prestazione di diagnostica per immagini senologica in agenda PIC radiologica		> 500 al 31/12/2019
390	C. LISTE DI ATTESA	Omogenizzazione della produttività in ambito aziendale	Definizione, in accordo con i Direttori delle UUOO coinvolte di analisi di produttività in almeno due discipline con definizione di uno standard condiviso	Relazione sull'analisi della produttività e del percorso di omogenizzazione aziendale		Relazione

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
391	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio	Posti a CUP per prestazioni BPD delle prestazioni monitorate (incluso privato accreditato)	Numero posti/mese disponibili medi sull'ultimo quadrimestre 2019	> Numero posti/mese disponibili medi sull'ultimo quadrimestre 2018	>0
392	C. LISTE DI ATTESA	Operatività dei percorsi di presa in carico del paziente da parte del medico specialista	Disponibilità di slot dedicati per le prestazioni successive a tutte le visite specialistiche comprese tra le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA, per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow-up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante la disponibilità di slot per la presa in carico nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Pubblicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamenti o costante

ASSISTENZA TERRITORIALE

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
308	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		$\geq 4,00 \times 1000$ (≥ 6.170 assistiti)
309	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		$\geq 2,50 \times 1000$ (≥ 3.870 assistiti)
310	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (0,51 - 0,60)		$\geq 2 \times 1000$ (≥ 3.090 assistiti)
374	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per residenti	N. prestazioni di risonanza magnetica individuate sia dal nomenclatore nazionale sia dallo specifico nomenclatore regionale erogate a pazienti residenti		≥ 57.416 (tolleranza 10%)
10.1	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa I.C.	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	≤ 1
10.2	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa L. 104	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	≤ 1
10.3	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa pz. Oncologici	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 20 giorni
10.4	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempi medio attesa non vedenti e non udenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
10.5	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa commissione patenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	45 gg medi
325	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG ripetute da donne residenti in rapporto al totale delle IVG da donne residenti	IVG effettuate da donne residenti che nel modello D12 - campo 8 riportano "IVC>1"	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	$\leq 1\%$
326	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Conultorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti	IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	$\leq 42\%$
306	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	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	$\sum$ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + $\sum$ 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	$> 40\%$
327	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei deceduti per tumore	N. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore	Medi dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	Incremento del 2,5% rispetto al 2018
328	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice $\leq$ a 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	N. Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice $\leq$ a 7 gg	Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	$< 25\%$
367	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Prevenzione insorgenza lesioni da pressione	Riduzione prevalenza lesioni da pressione	Numero pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza nella struttura	Numero pazienti arruolati nell'indagine di prevalenza	< 2018

E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
307	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	N. contatti con i DSM per soggetti residenti di età ≥ 18 anni	N. soggetti residenti di età ≥ 18 anni con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e le Strutture private accreditate		> 21.850
371	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	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		$\geq 41 \times 1000$ (≥ 8.320 assistiti)
372	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Assistenza semi-residenziale	Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili	Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili	Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici residenti in regione	≥ 140.000
373	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	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	$\leq 5\%$
393	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Assistenza residenziale	Richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE) (Da rendicontare tramite reportistica da inviare alla P.F. HTA e Tecnologie Biomediche entro 31/05/2020)	N. richieste di dimissioni protette informatizzate (mediante sistema informativo per la rete del territorio SIRTE nel 2019)	N. totale delle richieste di dimissioni protette nel 2019	$> 90\%$

F. SPESA FARMACEUTICA

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
<u>382</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Allestimento di Bevacizumav intravitale	% Unità posologiche Bevacizumav intravitale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	≥ 90%
<u>395</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Allestimento di Bevacizumav intravitale	% Unità posologiche Bevacizumav intravitale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	≥ 46%
90	F. SPESA FARMACEUTICA	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni.			Relazione
<u>387</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Coerenza fatture elettroniche DM e flusso DM	% rapporto tra flusso DM e fatture elettroniche DM	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici fatture elettroniche DM	≥ 65%
<u>385</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Coerenza modello CE e fatture elettroniche DM	Rapporto tra valore B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi e fatture elettroniche DM	valore B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi	Valori economici fatture elettroniche DM	≤ 1
<u>386</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE (B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.)	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi)	Tra 95% e 105%
99	F. SPESA FARMACEUTICA	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione attestante la centralizzazione per tutte le AAVV
<u>394</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Farmaci oncologici	N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori ai 200.000 abitanti	N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori ai 200.000 abitanti		≤ 3
<u>150</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2019) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018)	≥ 2%

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
<u>279</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%
<u>280</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 99%
368	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento della distribuzione diretta	Avvio distribuzione diretta ospedaliera presso le strutture private accreditate	Valore DDD		>0 (I sem AV3 - II sem AV 1-2-4-5)
100.1	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2018	(DDD in distribuzione diretta anno 2019 - DDD in distribuzione diretta anno 2018)	DDD in distribuzione diretta anno 2018	> 2018 (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)
<u>246</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento segnalazioni ADR	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2018	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	≥ 5%
<u>207</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari	% PT verificati sul totale PT	N° PT verificati	N° totale di PT	100%
<u>207.1</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%
<u>207.3</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive		≥ 3
<u>207.4</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari	%DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore) sul totale DDD enoxaparina	DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore)	Totale DDD Enoxaparina	≥ 80%
245	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta 2019	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta 2018	> 3% rispetto al 2018
91.1	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata	>2018
91.1.1	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	incremento DDD/1000 da/die farmaci a brevetto scaduto	DDD/1000 da/die 2019-2017	DDD/1000 da/die 2017	> 20%
<u>383</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Numeri di Repetorio DM	% N. di reportorio flusso consumi DM e flusso contratti DM con riferimento ai contratti attivi 2019 sul totale n. di reportorio flusso consumi DM	N. di reportorio flusso consumi DM e flusso contratti DM con riferimento ai contratti attivi 2019	Totale n. di reportorio flusso consumi DM	≥90%
<u>384</u>	F. SPESA FARMACEUTICA	Numeri di Repetorio DM	% N. di reportorio fatture elettroniche DM su numeri di reportorio flusso consumi DM	N. di reportorio fatture elettroniche DM	N. di reportorio flusso consumi DM	≥ 75%

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
100.2	F. SPESA FARMACEUTICA	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei coretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di rinvio al	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
102	F. SPESA FARMACEUTICA	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante l'attività della commissione dei DM in merito: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
208	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi	Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2019) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2018)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2018)	- 6% [Tolleranza 20%]
377	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto del tetto della spesa DM (4,4% FSN da lettera b) art. 9-ter Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125)	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019		< 2018
243	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7,96% FSN)	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili" [Vinculante]	Spesa farmaceutica convenzionata 2019		≤ 2018
403	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto del tetto di spesa per ossigeno (Tetto 0,20% FSN)	Valore economico della spesa per ossigeno 2019	Valore economico della spesa per ossigeno 2019		≤ 2018 +1%
376	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSN)	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A) (Vinculante)	Spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A)		-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018
247	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto della compilazione Registri AIFA	N° dispensazioni farmaci registri AIFA [Vinculante]	N° totale richieste farmaci registri AIFA		100%
381	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto della compilazione Registri AIFA	% trattamenti chiusi su trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi [Vinculante]	N° trattamenti chiusi (compilazione scheda fine trattamento)	N° trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi	90% [Tolleranza 20%]
92	F. SPESA FARMACEUTICA	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	≥ 3%

G. FLUSSI INFORMATIVI

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
<u>138</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Report trimestrali (disaggregati per Area Vasta) attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali 2018, con i quantitativi di ordini e fatture distinti per codici prodotto e per codici ORPS nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		≥ 70 %
<u>87</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata	Coerenza trimestrale tra valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H e valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE BA0040	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE (BA0040)	Tra 97% e 103%
<u>130</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2018 (Dati per dichiarazione dei redditi)	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2019 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2019	100%
<u>209</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Completezza Tabella IC. Bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis	Num. Totale strutture private accreditate	100%
<u>218</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Flusso FAR; Utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014, DGR 139/2016 e DGR 746/2016)	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR		100%
<u>303</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)		100%
<u>131</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionae (anno 2018)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2018)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2018)	100%
<u>210</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2017	Numero schede cause di morte registrate anno 2017	Numero totale schede cause di morte anno 2017	100%

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
74	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro H	Numero prese in carico attivate presenti nel flusso SIAD	Numero prese in carico nel Modello FLS21	Valore compreso tra 80 e 120
75	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
77	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
79	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
80	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24	Numero di accessi calcolati con EMUR	Numero di accessi calcolati con HSP24	Valore compreso tra 90 e 110
83	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro G	Valore compreso tra 80 e 120
85	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Hospice: valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri	Numero di strutture che inviano i dati del flusso Hospice ogni trimestre	Numero di strutture presenti nel Modello STS11	100%
88	G. FLUSSI INFORMATIVI VI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voce B.1.A.3.1)	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	≥ 90%

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
397	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Avvio del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici	Avvio del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici		Avvio dal 01/10/2019
211	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		≤ 0
369	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Tempo medio di pagamento delle fatture	Tempo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi		Rispetto del c. 865 l.145/2018
71	G. FLUSSI INFORMATIVI	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2018	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 e s.m.i. censite nei nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, comma 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 e s.m.i. collaudate nell'anno 2019	100%
114.2 5	G. FLUSSI INFORMATIVI	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti		Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma
302	G. FLUSSI INFORMATIVI	Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari soggetti ad interconnessione da DM 262/2016 (DGR 248/2018)	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018 secondo le scadenze previste dalla stessa DGR	SDO (13 invii per AV) 118 (12 invii per AV) PS (12 invii per AV) SIAD (4 invii per AV) FILE C (12 invii per AV)		100%

H. AREA AMMINISTRATIVA TECNICO-LOGISTICA

Nr	AREA	SETTORE	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
112.1	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina			Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina
112.2	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Ribaltamento ai Responsabili di CDR degli obiettivi economici e sanitari della Direzione di AAVV			Ribaltamento di almeno il 90% degli indicatori
114.13	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Obiettivi Area ATL (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
114.13.1	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Obiettivi Area ATL (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 31/01/2020
114.13.2	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Obiettivi Area ATL (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
114.13.3	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2019			Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2019
404	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di bandi avviati nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	100%
405	H. ATL	H.1 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	100%

RISORSE UMANE

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
<u>251</u>	I. RISORSE UMANE	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero Strutture Ospedaliere Complesse	(N. SOC al 31/12/2019) - (N.SOC al 31/12/2018)		-5
<u>252</u>	I. RISORSE UMANE	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero SOS	(N. SOS al 31/12/2019) - (N.SOS al 31/12/2018)		-30
<u>380</u>	I. RISORSE UMANE	Riduzione precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD (vincolante)	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2019 - N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) / (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) [Le stabilizzazioni ex DGR 770/2017 effettuate nel 2018 sono da intendersi come UE a TD]		- 2,5% rispetto al 2018
253	I. RISORSE UMANE	Attuazione piano assunzioni	Documentazione inviata alla Direzione ASUR attestante l'avvenuta attuazione del piano assunzioni entro la data stabilita			Documentazione inviata entro il 31/01/2020
342	I. RISORSE UMANE	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			Evidenza nel Piano Triennale di Fabbisogno 2019-2021

J. Tessera Sanitaria, Dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
<u>152</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		> 310.000 (inclusi MMG/PLS)
333	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda	Numero anagrafiche non certificate MEF in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	< 4%
<u>331</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Costituzione nucleo minimo FSE	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 80.000
<u>332</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Costituzione nucleo minimo FSE	Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 5000
<u>334</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore	Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione ed eventuale restituzione dei presidi di protesica maggiore	N. autorizzazioni informatizzate di presidio di protesica maggiore con sistema SIRTE (anno 2019)		> 20.000 (minimo 1000 per ogni AV)
<u>379</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati	N.ro delle richieste informatizzate di trasporto programmato effettuate dai prescrittori con sistema SIRTE (anno 2019)	Totale delle richieste di trasporto programmato gestite (anno 2019)		> 25% [Tolleranza 20%]
<u>338</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Produzione	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (Vincolante)	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90%
<u>291</u>	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Prescrizioni dematerializzate specialistica (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 11 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 11	<10%

Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2019
157	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (Vincolante)	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 75%
378	J.TESSERA SANITARIA, DEMATERIALIZZATA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Produzione e trasmissione del 90% dei referti di laboratorio in formato CDA2 al Sistema FSE	Produzione e trasmissione (metadati) dei referti di laboratorio al Sistema FSE	N.ro dei referti di laboratorio prodotti e trasmessi (metadati) al Sistema FSE	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2019	90% (incluse le strutture private accreditate)

**SISTEMA DI VALUAZIONE E
MISRUAZIONE DELLA
PERFORMANCE 2019**

INDICE

1 - La finalità	3
2 – Il processo di valutazione.....	4
3 - Conferenza di organizzazione	4
4 - Il processo di misurazione	5
5 - Gli strumenti di misurazione	6
6 - Procedure di conciliazione	7
7 – Finalizzazione delle risorse dei fondi incentivanti.....	7

Allegato 1: Schede di valutazione Dirigenza e Comparto (Fac-simile)

1 - La finalità

L'ASUR ha adottato sistemi di valutazione ispirati ai principi del D.Lgs. 150/2009 e smi, in linea con le indicazioni regionali, applicati sia al personale della dirigenza che a quello del comparto.

La valorizzazione dei risultati e, quindi, della performance organizzativa e individuale consente di aumentare lo standard qualitativo ed economico delle prestazioni erogate sviluppando i comportamenti organizzativi in un'ottica di continuo miglioramento dei servizi verso i cittadini/utenti. Secondo questo paradigma, è quindi necessario valutare, incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali intesi come elementi qualificanti la prestazione.

La performance è un concetto centrale introdotto dal D.Lgs. 150/2009 che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

L'attuale sistema di valutazione si ispira ad alcuni principi fondamentali:

- miglioramento della qualità dei servizi,
- crescita delle competenze professionali,
- trasparenza dell'azione amministrativa.

Il presente documento intende rappresentare delle linee guida sul sistema di valutazione e di misurazione della performance individuale dell'ASUR, evidenziando contestualmente la necessità di procedere ad ulteriori aggiornamenti al fine di aumentare il grado di omogeneità del sistema di valutazione nell'ambito delle articolazioni dell'ASUR in applicazione della L.R. n. 13/2003, come da ultimo modificata dalla L.R. n. 8/2017.

In applicazione della richiamata Legge Regionale vigente l'ASUR esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di Area Vasta ed in particolare le funzioni concernenti l'amministrazione del personale della Direzione Centrale e delle Aree Vaste. Ciascuna Area Vasta provvede alla negoziazione con le organizzazioni sindacali, sulla base degli indirizzi aziendali riportati di seguito. Il Direttore Generale è componente della delegazione trattante di parte pubblica di ciascuna Area Vasta.

Si precisa che il presente sistema non riguarda la valutazione professionale.

2 – Il processo di valutazione

Sul fronte procedurale, il percorso di valutazione è il seguente:

- assegnazione di obiettivi di equipe ai dirigenti delle strutture successivamente alla negoziazione annuale di budget e contestuale sottoscrizione delle relative schede;
- allo scopo di consentire la piena e consapevole partecipazione agli obiettivi assegnati il responsabile della struttura, non appena perfezionata la procedura di assegnazione degli obiettivi, porterà a conoscenza del personale dirigente e del comparto assegnato alla struttura, in apposita riunione da tenersi entro 30 giorni dalla ricezione della relativa documentazione, l'obiettivo da perseguire, illustrandone le caratteristiche e le modalità di attuazione;
- continuità del processo valutativo attraverso monitoraggi in corso d'anno degli obiettivi assegnati anche al fine di eventuali rimodulazioni degli stessi che si rendessero necessarie;
- valutazione finale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati alle singole strutture e, con riferimento a ciascun dipendente, sugli item relativi all'area dei risultati ed all'area dei comportamenti organizzativi, diversificati a seconda dell'incarico dirigenziale conferito, per la dirigenza, e dell'attribuzione, o meno, di incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, per il comparto
- possibilità di contraddittorio tra valutatore e valutato, anche in sede di valutazione finale;
- previsione di procedure di conciliazione interne in caso di contestazioni delle valutazioni ricevute da parte dei valutati.

Lo scopo principale del sistema di valutazione è quello di:

- collegare l'erogazione degli incentivi economici ai risultati ottenuti e al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione aziendale;
- mettere in evidenza l'apporto individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi assegnati;
- promuovere l'integrazione tra le diverse strutture aziendali, con la previsione di obiettivi trasversali.
- favorire la crescita professionale attraverso interventi formativi mirati e rivolti alle aree di maggior interesse.

3 - Conferenza di organizzazione

Per garantire la massima trasparenza e, allo stesso tempo, favorire la responsabilizzazione degli operatori circa le attività da svolgere si intende valorizzare l'importanza dello strumento della conferenza di organizzazione quale strumento di responsabilizzazione degli operatori circa l'attività da svolgere e momento di incontro e confronto tra valutatore e valutato. Per il valutato si tratta di un'opportunità per discutere del proprio lavoro, della propria crescita professionale e di eventuali attività future; per il valutatore, invece, tale confronto è utile soprattutto in ottica di futuri sviluppi organizzativi.

Ciascun dirigente responsabile di struttura allo scopo di consentire la piena e consapevole partecipazione agli obiettivi assegnati, provvede, entro 30 giorni dalla sottoscrizione delle schede di budget, ad illustrare a tutti i dipendenti appartenenti all'equipe da lui diretta:

- gli obiettivi assegnati in sede di negoziazione di budget, le caratteristiche, le modalità di realizzazione e partecipazione all'attività, le quote individuali correlate nonché gli elementi di valutazione utilizzati a consuntivo per la formulazione del giudizio sugli obiettivi e sulla performance individuale;
- le eventuali progettualità strategiche assegnate al C.d R., i relativi contenuti, modalità di esecuzione, indicatori di verifica, rendicontazione e pagamento, acquisendo le adesioni volontarie da parte dei dipendenti afferenti l'equipe.

La conferenza di organizzazione rappresenta uno strumento per analizzare l'andamento del budget, per valutare eventuali correttivi necessari in relazione all'andamento delle attività oltre che per evidenziare la situazione degli apporti individuali.

Le suddette conferenze vanno convocate con invito formale da inoltrarsi a tutti i dipendenti afferenti la struttura; delle stesse debbono essere redatti appositi verbali dai quali espressamente risulti la partecipazione dei dipendenti, tramite sottoscrizione per presa visione, unitamente a tutti gli elementi sopra indicati.

Detti verbali vanno portati a conoscenza di tutti i dipendenti assegnati alla struttura con acquisizione della sottoscrizione, per presa visione, anche degli assenti alla conferenza, ferma restando la sottoscrizione, per accettazione, alle eventuali progettualità strategiche assegnate al C.d.R.; i verbali in questione vanno inoltrati all'U.O. Supporto all'Area Politiche del Personale.

La conferenza di cui al presente punto è presupposto per la compilazione delle schede di valutazione individuale.

4 - Il processo di misurazione

Al termine del periodo di riferimento verranno valutati il raggiungimento degli obiettivi specifici di budget e i risultati complessivi per la performance individuale. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi sarà effettuata in prima istanza dal dirigente sovraordinato. La valutazione in via definitiva viene effettuata dal Nucleo di Valutazione.

Gli obiettivi sono definiti tenuto conto delle risorse di bilancio ed il loro raggiungimento è sempre collegato al vincolo dell'equilibrio economico ed al rispetto del budget assegnato alle strutture.

Gli obiettivi assegnati devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla mission aziendale, alle priorità ed alle strategie dell'amministrazione, come declinate dal livello regionale,
- specifici e misurabili,
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi,
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno,
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili,
- collegati ad indicatori univoci per le aziende del sistema sanitario regionale,

Il processo di misurazione in cui si articola il sistema della performance individuale si basa essenzialmente sulle seguenti aree:

a. Area dei risultati

b. Area dei comportamenti organizzativi

Le valutazioni inerenti il livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza ed i comportamenti organizzativi, concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente secondo criteri che variano in base ai ruoli ed alla responsabilità. Per tutti i dipendenti, comunque, le valutazioni dovranno essere ispirate ai principi di trasparenza (sia nei risultati che nei criteri), di chiarezza rispetto alle modalità di valutazione ed equità nelle valutazioni.

Sub.a - Area dei risultati

Per quanto riguarda l'area dei risultati, si specifica che la valutazione verte sulla partecipazione del dipendente alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura

Sub.b - Area dei comportamenti organizzativi

Per quanto riguarda i comportamenti organizzativi, si specifica che la valutazione verte sui comportamenti individuali che devono risultare coerenti con gli obiettivi istituzionali e devono riferirsi al profilo professionale del dipendente.

I comportamenti del personale sono stati individuati all'interno di macroaree differenziate tra dirigenza e comparto ed al loro interno tra dirigenti con incarico gestionale e dirigenti professionali, relativamente alla dirigenza, e tra personale appartenente alle diverse categorie e personale con incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, relativamente all'area del comparto.

La valutazione della performance individuale è effettuata in prima istanza dal dirigente sovraordinato; relativamente al personale afferente all'area delle professioni sanitarie la valutazione è effettuata di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie di riferimento e con il Coordinatore/POD ove esistente ed è sottoscritta da tutti i valutatori.

La valutazione della performance individuale dei titolari degli incarichi di funzione è effettuata dal Dirigente Responsabile della struttura ovvero dal Direttore di dipartimento di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie per il personale di competenza; in tale ultima circostanza le relative schede sono sottoscritte da entrambi.

La valutazione della performance individuale dei titolari di incarico di organizzazione per l'esercizio della sola funzione di coordinamento è effettuata dal Dirigente delle professioni sanitarie di concerto con il Dirigente Responsabile della struttura e la relativa scheda è sottoscritta da entrambi.

La scheda di valutazione, debitamente compilata, deve essere illustrata al dipendente interessato al fine di acquisirne la sottoscrizione per condivisione; nel caso di non condivisione del giudizio espresso dal dirigente responsabile il dipendente interessato motiverà la propria posizione indicando le proprie ragioni in calce alla scheda.

In presenza di mancata condivisione del giudizio il dipendente eserciterà azione per l'avvio delle procedure di conciliazione, come disciplinate al successivo punto 6.

5 - Gli strumenti di misurazione

Lo strumento di misurazione della performance individuale è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza sia i comportamenti.

Per ogni fattore individuato all'interno dell' Area dei risultati e dell'Area dei comportamenti organizzativi il valutatore dovrà esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:

Giudizio	Valutazione
Non conforme: il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme: il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme: il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono: il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente: il livello di performance è eccellente	10

In sede di contrattazione collettiva integrativa si determinerà il livello della valutazione complessiva della performance individuale da considerare quale valutazione positiva ovvero negativa.

La scheda dovrà essere sottoscritta dal superiore gerarchico responsabile della valutazione e dovrà essere portata a conoscenza del dipendente valutato che, a sua volta, la dovrà sottoscrivere la scheda.

In caso di mancato svolgimento dall'attività lavorativa per tutto il periodo di valutazione ovvero per periodi particolarmente prolungati si determineranno, in sede di contrattazione collettiva integrativa, i casi in cui la valutazione sia da considerare non effettuabile.

6 - Procedure di conciliazione

Le procedure di conciliazione sono finalizzate a dirimere le questioni di conflittualità nell'ambito della valutazione individuale e si attivano quando il valutato non condivide la valutazione effettuata dal suo valutatore; dette procedure dovranno rispettare i principi di celerità, efficacia, efficienza ed economicità.

Viene individuato nel Nucleo di Valutazione il soggetto terzo ed indipendente, competente e titolato ad esprimersi sulla corretta applicazione del sistema di valutazione e sul merito del contendere; pertanto, il Nucleo di valutazione assume funzione di Organo di Conciliazione.

Per accedere al percorso conciliativo il valutato deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione, richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita contestazione scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.

Il valutatore di prima istanza, nel termine di giorni 15 dalla data di ricezione della richiesta esamina la richiesta del dipendente anche mediante contraddittorio del dipendente.

In caso di accoglimento/accordo il valutatore di prima istanza procederà a modificare la valutazione già emessa procedendo a trasmettere la scheda di valutazione individuale aggiornata alle strutture di gestione del personale e di controllo di gestione, come sopra individuate.

In caso di mancato accoglimento il valutatore di prima istanza trasmetterà la richiesta del dipendente di revisione della valutazione unitamente alle proprie argomentazioni in ordine al mancato accoglimento della stessa, al Nucleo di Valutazione per il tramite della struttura di Area Vasta di supporto all'Area Controllo di Gestione (l'Area Controllo di Gestione per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR).

Il Nucleo di Valutazione esprime il proprio giudizio sulla base della documentazione ricevuta, dovendosi considerare facoltà discrezionale del Nucleo di Valutazione la convocazione dei soggetti in discussione, che potranno avvalersi, eventualmente, di un rappresentante sindacale, e la richiesta ed acquisizione di ulteriori elementi di merito. Il Nucleo di Valutazione redige apposito verbale, ove verranno evidenziate le risultanze del proprio percorso valutativo, che verrà inoltrato all'attenzione del valutato e del valutatore dalla Struttura di Gestione del Personale. Il giudizio del Nucleo di Valutazione non è appellabile, ferme rimanendo le prerogative e le disponibilità previste dalle vigenti norme.

7 – Finalizzazione delle risorse dei fondi incentivanti

La retribuzione di risultato/produttività è corrisposta a consuntivo, nei limiti dei fondi contrattuali annualmente quantificati con apposita determina, in funzione del raggiungimento degli obiettivi assegnati e previa certificazione del Nucleo di Valutazione.

La contrattazione collettiva integrativa definisce, con riferimento a ciascuna area contrattuale, i criteri di ripartizione dei fondi incentivanti nonché la quota delle risorse destinate a remunerare il raggiungimento degli obiettivi di budget annuali, la quota delle risorse destinate a remunerare i risultati della performance individuale e la quota delle risorse destinate al finanziamento di progettualità strategiche.

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENZA		ANNO:
Direttori Dipartimento, Direttori Unità Operative Complesse, Responsabili Strutture Semplici		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		
Incarico dirigenziale conferito:		
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi		
B.1 Interazione interna/esterna:		
B.1.1 Capacità di rapportarsi con utenti, enti ed istituzioni esterne (da 1 a 10)		___/10
B.1.2. Capacità di adottare interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura (da 1 a 10)		___/10
B.1.3. Capacità di contribuire all'integrazione dell'attività propria e della propria Struttura con la Direzione Generale/di Area Vasta e con le altre strutture dell'Azienda, per il raggiungimento di obiettivi comuni (da 1 a 10)		___/10
B.2. Organizzazione e gestione interna della struttura		
B.2.1. Capacità di attivare le procedure di controllo della gestione con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità delle prestazioni, alle certificazioni di qualità dei servizi (da 1 a 10)		___/10
B.2.2. Capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, i conseguenti processi formativi e la selezione del personale interessato (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di programmazione, definizione e assegnazione di obiettivi ai collaboratori (da 1 a 10)		___/10
B.2.4. Capacità di delegare ai propri collaboratori responsabilità e compiti, favorendo la loro autonomia e la crescita professionale (da 1 a 10)		___/10
B.3. Attitudine alla leadership e capacità organizzative		
B.3.1. Capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività. (da 1 a 10)		___/10
B.3.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva		___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Data: Firma del valutatore:		
Sezione da compilare da parte del valutato:		
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa		
Osservazioni:		
Data: Firma del valutato:		
N.B. Per accedere al percorso conciliativo il valutato, oltre a non condividere la valutazione, deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita impugnativa scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.		

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENZA		ANNO:
Incarichi professionali (art. 27, c. 1 - lett. c e d - CCNL 8.6.2000)		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		
Incarico dirigenziale conferito:		
Legenda: per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B.1 Interazione interna/esterna:		
B.1 Competenze ed attitudini professionali		
B.1.1. Capacità di partecipare fattivamente e costantemente ai progetti proposti dalle UOC/UOS, quali il processo di budget, iniziative formative, gruppi di lavoro ove richiesto (da 1 a 10)		___/10
B.1.2. Capacità di tenere informato il proprio responsabile sul sorgere dei problemi più significativi e sui consistenti scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, informandolo sulle cause e sui correttivi intrapresi e/o da intraprendere (da 1 a 10)		___/10
B.1.3. - Capacità di adottare gli interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura (da 1 a 10)		___/10
B.2 Organizzazione		
B.2.1.Capacità di garantire, nei rapporti con le altre strutture aziendali, l'osservanza ed il miglioramento dei processi tecnico specialistici e/o organizzativi (da 1 a 10)		___/10
B.2.2. Capacità di suggerire soluzioni innovative realizzabili e di contribuire all'implementazione di innovazioni e strumenti tecnico/organizzativi introdotti dal responsabile della struttura (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di impegnarsi costantemente in una attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi informato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica (da 1 a 10)		___/10
B.2.4 - Capacità di utilizzare in modo ottimale le metodologie e strumentazioni necessarie e tutte le risorse spazio-temporali della struttura di appartenenza e dell'azienda, in un'ottica di maggiore efficienza e di umanizzazione del servizio (da 1 a 10)		___/10
B.3 Clima organizzativo		
B.3.1. Capacità di interagire in modo aperto e costruttivo con i superiori gerarchici, i colleghi ed il personale pertinente alla struttura contribuendo a mantenere un clima organizzativo favorevole alle produttività (da 1 a 10)		___/10
B.3.2. Capacità di partecipare al miglioramento del rapporto con l'utenza interna ed esterna in termini di comunicazione e comprensione dei bisogni della stessa (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva		___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Data: Firma del valutatore:		
Sezione da compilare da parte del valutato:		
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa		
Osservazioni:		
Data: Firma del valutato:		
N.B. Per accedere al percorso conciliativo il valutato, oltre a non condividere la valutazione, deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita impugnativa scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.		

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Categorie A - B - C - D		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		Categoria:
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi		Valutazione
B.1 Competenze ed attitudini professionali		
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)		___/10
B.1.2 Capacità di portare a termine i compiti assegnati (da 1 a 10)		___/10
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro		
B.2.1. Capacità di rispettare le disposizioni di servizio comprese l'osservanza dell'orario e la puntualità (da 1 a 10)		___/10
B.2.2. Correttezza e disponibilità nei confronti dei colleghi e dei superiori, riconoscimento del ruolo che rivestono e rispetto delle loro competenze (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)		___/10
B.3 Stile relazionale		
B.3.1. Capacità di relazionarsi con utenti e colleghi in modo garbato e disponibile (da 1 a 10)		___/10
B.3.2. Capacità di dare informazioni chiare ed esaustive sugli argomenti rientranti nella propria competenza (da 1 a 10)		___/10
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni		
B.4.1. Capacità di utilizzo efficace ed efficiente di attrezzature e macchine (da 1 a 10)		___/10
B.4.2. Precisione, accuratezza, rapidità di esecuzione della prestazione richiesta (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):		___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Data: Firma del valutatore/valutatori:		
Sezione da compilare da parte del valutato:		
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa		
Osservazioni:		
Data: Firma del valutato:		
N.B. Per accedere al percorso conciliativo il valutato, oltre a non condividere la valutazione, deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita impugnativa scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.		

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Titolari di Posizione Organizzativa/ Funzioni di Coordinamento		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		Categoria:
Incarico di Posizione Organizzativa/Coordinamento attribuito:		
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi		
B.1 Competenze ed attitudini professionali		
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)		___/10
B.1.2. Capacità di svolgere le attività affidate con autonomia (da 1 a 10)		___/10
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro		
B.2.1. Propensione alla collaborazione all'interno del Servizio/Ufficio (da 1 a 10)		___/10
B.2.2 Capacità di proporre soluzioni innovative o di miglioramento dell'organizzazione del lavoro (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)		___/10
B.3 Stile relazionale		
B.3.1 Capacità di operare in situazioni critiche o conflittuali (da 1 a 10)		___/10
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni		
B.4.1. Grado di coinvolgimento nei processi aziendali e il contributo offerto per migliorare la qualità dei servizi ed il grado di soddisfazione dell'utenza (da 1 a 10)		___/10
B.5 Attitudine alla leadership e capacità organizzative		
B.5.1. Capacità di prendere decisioni chiare e precise sulle questioni rientranti nella propria sfera di competenza assumendone la relativa responsabilità (da 1 a 10)		___/10
B.5.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):		___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 60 /100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 60/100.		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Data: Firma del valutatore/valutatori:		
Sezione da compilare da parte del valutato:		
☐ valutazione condivisa ☐ valutazione non condivisa		
Osservazioni:		
Data: Firma del valutato:		
N.B. Per accedere al percorso conciliativo il valutato, oltre a non condividere la valutazione, deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita impugnativa scritta al valutatore di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.		