

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

Oggetto: Relazione sulla Performance 2018 – Approvazione

**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;

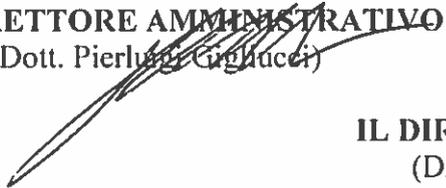
- D E T E R M I N A -

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio che qui si intendono trascritte, il documento “Relazione sulla Performance 2018” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell’ASUR nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
3. di trasmettere copia della presente determina al Nucleo di Valutazione Aziendale per la relativa validazione, così come disposto dall’art. 14, comma 4, lett. c) del D. Lgs. 150/2009;
4. di trasmettere copia della presente determina al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione dell’ASUR Marche;
5. di trasmettere copia della presente determina all’Area Politiche del Personale per quanto di competenza;
6. di dare atto che l’adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda;

7. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
8. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

Ancona, sede legale ASUR,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Pierluigi Cignucchi)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Nadia Storti)



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”
- 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”
- 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”
- D.Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017 “ Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 9 marzo 2018 n. 151 “Piano della Performance 2018-2020. Adozione
- Nota Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/3/2018 ad oggetto “Relazione annuale sulla performance - scadenza del 30 giugno del termine per la pubblicazione della relazione”;
- DGRM del 16 Aprile 2018 n. 470 “Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l’anno 2018”
- DGRM del 16 Aprile 2018 n. 471 “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 2018”;
- Determina del 9 Agosto 2018 n. 460 “DGRM 1617/17, DGRM 364/18 e DGRM 470/18 – Determinazioni;

- D.G.R.M. del 28 dicembre 2018, n. 1617 “L.R. n. 13 del 20/06/2003 e s.m.i. e i. - Assegnazione delle risorse agli Enti del SSR e al DIRMT per l'anno 2018. Disposizioni per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2017 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2018-2020 degli Enti del SSR”;
- Determina del Direttore Generale ASUR del 28 dicembre 2018 n. 754 “Adozione del bilancio economico preventivo anno 2018 e pluriennale 2018-2020”;
- D.G.R.M. del 26 marzo 2018 n. 364 “DGR n. 1617/2017 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 2018 - Parziale modifica”
- *Linee guida per la Relazione annuale sulla performance* n. 3/novembre 2018 - Dipartimento per la funzione Pubblica
- Determina del Direttore Generale ASUR del 20 febbraio 2019 n. 78 “Piano triennale dei fabbisogni del personale (2018-2020) e modifica della Dotazione organica di cui alla determina ASURDG 741/2018: Ritiro e riproposizione alla luce della direttiva di cui alla DGRM 82/2019”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 10 aprile 2019 n. 193 “LR 13/2003, Art 8 bis, comma 2, lettera b) - Approvazione dei Budget di Area Vasta per l'anno 2018”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 29 aprile 2019 n. 241 “Piano della Performance 2019-2021. Adozione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 263 del 17 maggio 2019 “Approvazione dei criteri di valutazione dei risultati conseguiti e della realizzazione degli obiettivi fissati per i Direttori di Area Vasta – Anno 2018”
- Determina del Direttore Generale AUR n. 311 del 11 Giugno 2019 - Adozione del bilancio d'esercizio 2018 ai sensi dell'art. 14 L.R. 19/11/1966 n. 47”

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 da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Con riferimento all'anno 2018, il Piano delle Performance 2018-2020 è stato approvato con Determina del Direttore Generale n. 151 del 09/3/2019; tale documento individua per il triennio gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione e gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e di relativi indicatori.

L'art. 10 al comma 1, lett. b), del D.lgs. 150/2009 dispone che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente a consuntivo un documento denominato Relazione sulla performance, che illustri ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse. La struttura e le modalità di redazione della Relazione sulla performance sono state aggiornate nelle linee guida del Dipartimento della funzione

Pubblica n.3/2018. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

La relazione, secondo le citate linee guida, deve essere caratterizzata dalla presenza di alcuni contenuti minimi che devono necessariamente trovare spazio nell'articolazione della Relazione stessa:

- analisi del contesto e delle risorse;
- misurazione e valutazione, da intendersi, come chiarito nelle Linee guida n. 2/2017, come attività complementari ma distinte, della performance organizzativa e della performance individuale.

In coerenza con le finalità definite dalle Linee guida n. 3/2018, la relazione alla Performance persegue i seguenti obiettivi:

- il miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- la predisposizione e diffusione di uno strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

In occasione dell'approvazione da parte del Nucleo di Valutazione della Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interna dell'anno 2018, sottoscritta in data 17/07/2018 e pubblicata portale della Trasparenza dell'ASUR, il Nucleo ha raccomandato all'ASUR il rispetto delle disposizioni contenute nella nota circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/3/2018 ad oggetto "Relazione annuale sulla performance: scadenza del 30 giugno del termine per la pubblicazione della relazione" che prevedono la conferma della scadenza del 30 giugno per la validazione e la pubblicazione della relazione sulla performance. In particolare, si precisa quanto segue: "La rendicontazione delle risultanze degli obiettivi di cui all'allegato 3 del Piano della Performance 2018-2020, a livello complessivo aziendale entro il 30 giugno, è opportuno e necessario ferma restando la possibilità per l'azienda di aggiornare il documento in esame successivamente al momento conclusivo della valutazione organizzativa dei singoli CdR di area vasta e di quella individuale."

Pertanto si è provveduto, nell'allegato A della Relazione sulla Performance 2018, ad esporre le schede riassuntive degli obiettivi sanitari dell'area dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione, con l'evidenziazione degli indicatori, i valori attesi ed i risultati raggiunti dall'Amministrazione nel suo complesso. Nella sezione dedicata alla valutazione individuale, si precisa pertanto che il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati ai Dirigenti e inseriti nel Piano della Performance non è ancora concluso, come anche il perfezionamento della contrattazione integrativa da parte di tutte le 5 Aree Vaste e della Direzione Centrale.

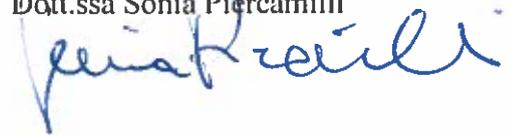
La Relazione è trasmessa al Nucleo di Valutazione Aziendale per la relativa validazione, così come disposto dall'art. 14, comma 4, lett. c) del D. Lgs. 150/2009, e al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione dell'ASUR Marche.

L'adozione della Relazione sulla performance non comporta, per sua natura, nessun onere 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 che qui si intendono trascritte, il documento "Relazione sulla Performance 2018" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di trasmettere copia della presente determina al Nucleo di Valutazione Aziendale per la relativa validazione, così come disposto dall'art. 14, comma 4, lett. c) del D. Lgs. 150/2009;
4. di trasmettere copia della presente determina al Responsabile Aziendale per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione dell'ASUR Marche;
5. di trasmettere copia della presente determina all'Area Politiche del Personale per quanto di competenza;
6. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
7. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
8. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

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



- ALLEGATI -

Allegato "A": Relazione sulla Performance 2018

**RELAZIONE
SULLA PERFORMANCE 2018**

INDICE

<i>Presentazione della Relazione sulla Performance</i>	3
1) Sintesi dei principali risultati raggiunti	3
1 - <i>L'Azienda Sanitaria Unica Regionale</i>	3
2- <i>Principali risultati raggiunti</i>	6
2) Analisi del contesto esterno e delle risorse	14
1 - <i>Analisi del contesto esterno</i>	14
2- <i>Le risorse economiche e finanziarie</i>	15
3 - <i>Le risorse professionali</i>	18
4 - <i>La struttura dell'offerta</i>	19
5 - <i>I servizi sanitari erogati</i>	24
3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	26
1 – <i>Obiettivi annuali e specifici (triennali)</i>	26
2 – <i>Performance organizzativa complessiva</i>	27
4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali	28
5) Il processo di misurazione e valutazione.....	29
<i>Allegato</i>	32

Presentazione della Relazione sulla Performance

Con Determina n. 151/DG del 9/03/2018, l'ASUR ha approvato il primo Piano delle Performance per il triennio 2018-2020. In esso sono evidenziati 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, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017 e art. 10, comma 8, D. Lgs. 33/2013); ciò nel convincimento che la misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Se con detto Piano delle Performance, l'ASUR ha dato avvio al Ciclo di Gestione della performance per l'anno 2018, con la Relazione sulla Performance l'Azienda si dovrebbe concludere tale ciclo illustrando ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2018 e adempiendo alle disposizioni contenute nell'art. 10, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 150 del 2009.

La relazione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.3/2018. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

In coerenza con le finalità indicate dalle suddette le linee guida, la presente relazione persegue i seguenti obiettivi:

- di miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- disporre di uno strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

Gli obiettivi analizzati nella presente Relazione corrispondono totalmente a quelli presentati nel Piano della performance relativo al 2018 approvato con determina n. 151/DG del 9/03/2018, ancorché gli indicatori e i target siano stati adeguati alle successive delibere di Giunta relative agli obiettivi sanitari (DGRM n. 470 e n. 471 del 16/4/2018) e ai vincoli economici di cui alla DGRM n. 1778 del 27/12/2018 con la quale la Regione ha assegnato in via definitiva le risorse gli enti del SSR per l'esercizio 2018.

1) Sintesi dei principali risultati raggiunti

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.

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

Fig. 1. Le Aree Vaste



In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di **garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche**. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di **rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile**, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di **fornire risposte appropriate su più livelli di complessità**.

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.

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.

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.

L'ASUR Marche si estende su un territorio di 9.401,4 Km² (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 Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente (tab.1)

¹ Fonte: ISTAT

Tab. 1.

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 2018, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi undici mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -6.326 unità, in proiezione annua (che risulta pari a - 6.902) si evidenzia un decremento rispetto al 2017 che registrava un saldo negativo pari a -7.780 unità.

2- Principali risultati raggiunti

La produzione ospedaliera

I risultati dell'attività ospedaliera di seguito illustrati mostrano che nel 2018 l'ASUR ha ottenuto un generale miglioramento dei risultati di efficienza e di appropriatezza del sistema ospedaliero attraverso la continuazione del processo di riorganizzazione strutturale, iniziata nel biennio precedente, che ha individuato i presidi unici di area vasta e gli ospedali di comunità che erogano attività ambulatoriale plurispecialistica e cure intermedie. Inoltre la riorganizzazione dell'attività per reti cliniche ha portato ad un netto miglioramento del rispetto dei volumi minimi individuati come standard qualitativi irrinunciabili per singola équipe.

Il percorso di razionalizzazione ha consentito, al sistema ASUR ed alle Marche, di ottenere il raggiungimento o il miglioramento degli standard previsti a carico del SSN dall' art. 15 del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, nella L. 7/8/2012 n. 135 e dal DM 70/2015.

Il numero di Posti letto risponde a quanto normato nel DM 70/15, che prevede il limite di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti da dedicare alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Le azioni ASUR effettuate in coerenza con le norme hanno condotto ad un miglioramento generale degli indici relativi alla produzione ospedaliera e conseguente ad un più appropriato e sostenibile utilizzo delle risorse del SSN per la risposta ai bisogni di salute della popolazione residente, come si evince dai fenomeni seguenti:

- i Posti letto per acuti sono stati mantenuti costantemente nella media, soprattutto per quanto riguarda le strutture ospedaliere maggiori ASUR (ex ospedali di Rete) facenti parte dei presidi ospedalieri unici delle Aree Vaste;
- il tasso di ospedalizzazione per abitanti pesati è aumentato al 140,5 per mille abitanti nel 2018 (calcolo effettuato con i valori della mobilità passiva extra regionale 2017, ultima disponibile al momento della redazione della presente relazione), mantenendosi al disotto del limite massimo previsto dalla normativa nazionale del 160 ricoveri ogni mille abitanti;
- il 23,8% della produzione è costituita da ricoveri in regime diurno (in aumento rispetto all'incidenza del 2017 pari a 22,5%), dimostrando il processo di progressiva razionalizzazione dell'offerta ospedaliera verso i regimi di ricoveri più appropriati per il paziente. Dagli anni precedenti continua l'attenzione sulla messa a regime delle prestazioni ambulatoriali complesse, prima rese in Day Surgery (interventi per cataratta, iniezioni intravitreali, piccoli interventi ortopedici, stripping delle vene,...).

Nel 2018 il valore delle degenze medie degli ospedali maggiori (ex Presidi di Rete) si attesta complessivamente a 8,46 giorni con una lieve aumento rispetto al 2017 (8,41). Il dato positivo va letto come un consolidamento della rete ospedale territorio data dalla riconversione dei piccoli ospedali in ospedali di comunità. Nella lettura del dato va tenuto conto delle seguenti variabili locali che consentono una corretta interpretazione:

- la degenza media negli ospedali di rete in cui è presente la lungodegenza e la riabilitazione (codici 56 e 60) è di 8,46, diminuita di 0,05 rispetto al 2017;
- Il tasso di ospedalizzazione totale del 140 per mille, pari a 20 per mille in meno di quanto previsto dallo standard della legge, a testimonianza che il ricorso al ricovero viene effettuato in pazienti selezionati e di maggiore gravità, il che può determinare una degenza media lievemente maggiore dell'atteso.
- Il valore della degenza media (DM), benché positivo, risente ancora negativamente dalla degenza media nelle Unità Operative di Geriatria e Psichiatria, come rappresentato nella Tab.2.

Tab 2.

Disciplina	2017	2018	Diff. 2018 vs 2017
Totale	8,07	8,11	0,04
08 - CARDIOLOGIA	8,12	8,42	0,30
09 - CHIRURGIA GENERALE	7,58	7,43	-0,15
18 - EMATOLOGIA	17,92	18,23	0,31
21 - GERIATRIA	14,77	13,77	-1,00
24 - MALATTIE INFETTIVE	14,90	15,21	0,31
26 - MEDICINA GENERALE	11,63	11,49	-0,14
29 - NEFROLOGIA	11,74	11,92	0,18
31 - NIDO	2,92	2,94	0,02
32 - NEUROLOGIA	10,65	10,12	-0,53
34 - OCULISTICA	4,43	4,39	-0,04
35 - ODONTOSTOMATOLOGIA	2,00	-	-
36 - ORTOPEDIA-TRAUMAT.	9,76	9,65	-0,11
37 - OSTETRICIA-GINECOL.	4,07	4,10	0,03
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	3,98	4,23	0,25
39 - PEDIATRIA	4,03	4,17	0,14
40 - PSICHIATRIA	12,93	13,80	0,87
43 - UROLOGIA	5,96	5,84	-0,12
49 - TER.INT. - RIANIMAZIONE	13,36	12,98	-0,38
50 - U.T.I.C.	6,41	6,08	-0,33
51 - ASTANTERIA	4,06	4,21	0,15
58 - GASTROENTEROLOGIA	10,40	10,27	-0,13
61 - MEDICINA NUCLEARE	3,98	3,98	0,00
62 - NEONATOLOGIA	8,54	8,57	0,04
64 - ONCOLOGIA	15,09	12,77	-2,32
68 - PNEUMOLOGIA	12,02	11,34	-0,68
71 - REUMATOLOGIA CLINICA	7,00	8,34	1,34

Per quanto riguarda la qualità clinica dell'assistenza erogata dalle strutture ASUR, c'è stato nel 2018 un miglioramento di importanti indicatori inseriti nel monitoraggio PNE (Programma Nazionale valutazione Esiti) quali:

- % pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, pari a 66,1%, superando il target nazionale del <65% ed evidenziando punte di vera eccellenza con percentuali oltre il 90%;
- Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (target <2017) diminuite rispetto al 2017 passando da un'incidenza del 15% del 2017 al 13,6% nel 2018;
- Riammissioni a 30 giorni per Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) (target <16%) confermano il dato 2017 ed assestandosi al di sotto del target con un'incidenza del 15,93%;
- Generale miglioramento degli indicatori previsti dalla DGRM n. 159/2016 in attuazione del Decreto Ministeriale n. 70/2015 relativo agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza:
 - o % ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 90 casi annui: miglioramento da 68,9% del 2017 al 92% del 2018;
 - o % pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: miglioramento da 65,5% del 2017 a 73% del 2018;
 - o % di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135: miglioramento da 62,8% del 2018 con un target di >50%;

- Intervallo Allarme – target dei mezzi di soccorso: tale intervallo è risultato pari a 17,75 minuti centrando il target nazionale di <18 minuti.

Il Sistema di Emergenza-Urgenza

Il sistema dell’Emergenza Urgenza opera attualmente su tre livelli:

1. le Centrali Operative 118 (CO 118)
2. la rete territoriale del Soccorso (RTS),
3. la rete Ospedaliera.

La tabella che segue evidenzia il volume di attività erogato in termini di segnalazioni e interventi delle C.O. 118 e delle chiamate gestite dalla Continuità Assistenziale (1° e 2° livello); tale sistema ha garantito tempi di intervallo “Allarme” inferiori ai 18 minuti, livello di tempo massimo previsto dalla normativa nazionale e regionale intercorrente tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l’arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l’anno (Tab. 3).

Tab.3

	ANNO 2018 RICOGNIZIONE CHIAMATE 118 E CA-ASUR MARCHE			
	C. O. 118 Pesaro	C. O. 118 Ancona	C. O. 118 Macerata	C. O. 118 Ascoli
Chiamate 2018	69.412	93.627	72.370	47.897
Contatti Effettuati (FLS21 QUADRO F)	40.505 (DS1)	18.247 (DS4)	28.914 (DS8)	33.211 (DS11)
	27.052 (DS2)	36.945 (DS5)	36.760 (DS9)	19.403 (DS12)
	34.200 (DS3)	14.448 (DS6)	10.004 (DS10)	11.067 (DS13)
		50.970 (DS7)		
Totale Contatti gestiti direttamente dalla C.A (FLS21 QUADRO F)	101.757	120.610	75.678	63.681
Popolazione anno 2018	360.125	485.200	303.713	382.715

Il Sistema ospedaliero di accettazione in emergenza-urgenza (3° livello) articola la sua risposta su tre livelli costituiti dai Punti di Primo Intervento, dai Pronto Soccorso situati, di norma, presso presidi ospedalieri sedi di Dipartimenti di emergenza ed accettazione di I e di II livello.

Il Dipartimento di Emergenza di II livello, unitamente a quello pediatrico, anch’esso di II livello, sono costituiti solo presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona.

Con DG Asur 805/17 si è dato atto alla Legge Regionale 34/2017 che prevede all’art.14 l’incorporazione nell’INRCA del presidio ospedaliero SS Benvenuto e Rocco di Osimo. Pertanto è stato modificato l’assetto dei Pronto Soccorsi Asur che sono passati da n.11 a 10 restando tutti sedi di DEA di I livello.

Nel 2018 sono stati effettuati 300.341 accessi rispetto ai 289.537 del 2017 con un aumento degli accessi rispetto all’anno precedente di n. 10.804. Tale aumento tuttavia si contraddistingue per una minore percentuale di accesso al triage di utenti con codice giallo e con codice verde, tale indicatore evidenzia un utilizzo appropriato del Pronto Soccorso.

L’art.14 della LR 36/2008, ha definito i **Punti di primo intervento (PPI)** come una struttura sanitaria presso cui è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori,

stabilizzare il paziente in fase critica e, eventualmente, disporre il trasporto presso l'ospedale più idoneo. La Legge Regionale n. 17 del 9 luglio 2013 ha inserito l'articolo 8 bis **“Punti di primo intervento territoriale”** le disposizioni sul PPI.

L'attività dei PPI risulta stabile nell'ultimo biennio: il totale degli accessi ai PPI nel 2018 è stato pari a 19.483 accessi.

L'attività territoriale

I consumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sinteticamente rappresentato dalla comparazione della spesa lorda per i residenti hanno registrato un incremento rispetto al 2017, come da prospetto seguente. Anche in termini di spesa lorda per 1.000 abitanti pesati si evidenzia un potenziamento delle prestazioni assicurate ai cittadini marchigiani, passando da euro 241.758 euro pro-capite del 2017 a 247.859 euro pro-capite del 2018 (+2,5%).

Tab.4

	2017*	2018*	Scostamento v.a. 2018/2017	Scostamento % 2018/2017
Spesa Lorda	370.312.965	379.658.216	9.345.251	2,5%
S.Lorda/1000 ab.pesati	241.758	247.859	6.101	2,5%

*con mobilità passiva 2017

Nel corso del 2018, inoltre, si è proceduto ad ampliare i percorsi di presa in carico con l'ottenimento di buoni risultati su tutti i territori in termini di rispetto dei tempi di attesa, in attuazione della DGRM 640 del 14/5/2018 con cui la Regione Marche ha definito il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2018-2020 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica.

Tab.5

TIPO	Prestazioni totali	Prestazioni Conformi al Tempo di Attesa	Percentuale di Prestazioni Conformi al Tempo di Attesa
classe di priorità “breve” – report ex post	96.589	89.708	92,88%
classe di priorità “differibile”	103.425	98.131	94,88%
classe di priorità “programmabile”	265.911	235.773	88,67%

L'attività di Prevenzione

Le attività di Igiene e Sanità Pubblica sono state caratterizzate dalla risposta alle nuove necessità imposte dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale recepito con DGR 458/2017 e dal mandato della L. 119/2017 che ha reso obbligatorie 10 vaccinazioni, prevedendo anche il recupero di 16 coorti, collegandone 6 anche alla frequenza presso nidi e scuole dell'infanzia. Parliamo complessivamente di oltre 240.000 cittadini marchigiani che dai controlli effettuati hanno dimostrato di essere inadempienti nel 20% dei casi circa, con quadri di inadempienza differenziati, varianti dalla singola vaccinazione di richiamo mancante a tutte le vaccinazioni del calendario vaccinale non eseguite.

I dati di vaccinazione sotto indicati attestano come lo sforzo effettuato dai servizi vaccinali delle Aree Vaste dell'ASUR abbia comportato un costante e progressivo miglioramento della situazione regionale, con dati di copertura ancora sotto la soglia del 95% ma significativamente migliori rispetto a quelli degli anni precedenti, come si evince dalla Tab. 6 che illustra le coperture vaccinali relative agli anni 2015-2018 (dati rilevati al al 31.12 dei rispettivi anni).

Tab. 6.

	2015	2016	2017	2018	Differenziale 2015-2018
Polio(a)	92,0%	92,4%	93,0%	93,9%	+1,9%
Difterite (a)	91,7%	92,2%	92,9%	93,8%	+2,1%
Tetano (a)	92,1%	92,6%	93,0%	93,8%	+1,7%
Pertosse (a)	91,7%	92,2%	92,9%	93,8%	+2,1%
Epatite B(a)	91,7%	92,0%	92,7%	93,7%	+2,0%
Haemophilus influenzae tipo b(b)	91,5%	91,8%	92,5%	93,5%	+2,0%
Morbillo(c)	79,9%	83,0%	88,2%	92,1%	+12,2%
Parotite (c)	79,9%	83,0%	88,1%	92,0%	+12,1%
Rosolia (c)	79,9%	83,0%	88,1%	92,0%	+12,1%
Varicella (c)	2,8%	32,9%	58,0%	75,9%	+73,1%
Meningococco C coniugato (b)	76,9%	80,8%	82,5%	85,2%	+8,3%
Pneumococco coniugato (b)	88,0%	89,4%	90,7%	91,0%	+3%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1ª dose entro 24 mesi

L'attività degli Screening oncologici è proseguita con risultati di copertura della popolazione target simile a quella dell'anno precedente. E' stata avviata la procedura per giungere all'avvio dell'HPV test per quanto riguarda la prevenzione del tumore della cervice uterina, secondo le indicazioni nazionali e regionali.

Per quanto riguarda il settore dei Servizi Veterinari, nel 2018 per la prima volta non è stato raggiunto pienamente l'obiettivo previsto dagli indicatori LEA concernente il controllo di almeno il 5% delle aziende del territorio ASUR per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, attestandosi l'indicatore al 4,4.

Anticorruzione e Trasparenza

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.

Gli obiettivi dell'Anticorruzione e Trasparenza assegnati alla Direzione Generale e alle AAVV sono i seguenti:

Tab. 7.

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Asur e AAVV Valore atteso 2018	ASUR e AAVV Valore Indicatore 2018	Asur e AAVV Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018
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	Questionario compilato e inviato	Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC	100%
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 31/01/2019	2 Report compilati e inviati	Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2019	100%
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	Dati pubblicati sul sito "Amministrazione Trasparente"	Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia	100%
Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2018	Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2018	Mappatura rischio aggiornata	Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2018	100%

La rendicontazione effettuata evidenzia da parte dell'ASUR e delle Aree Vaste il raggiungimento del 100% degli obiettivi previsti.

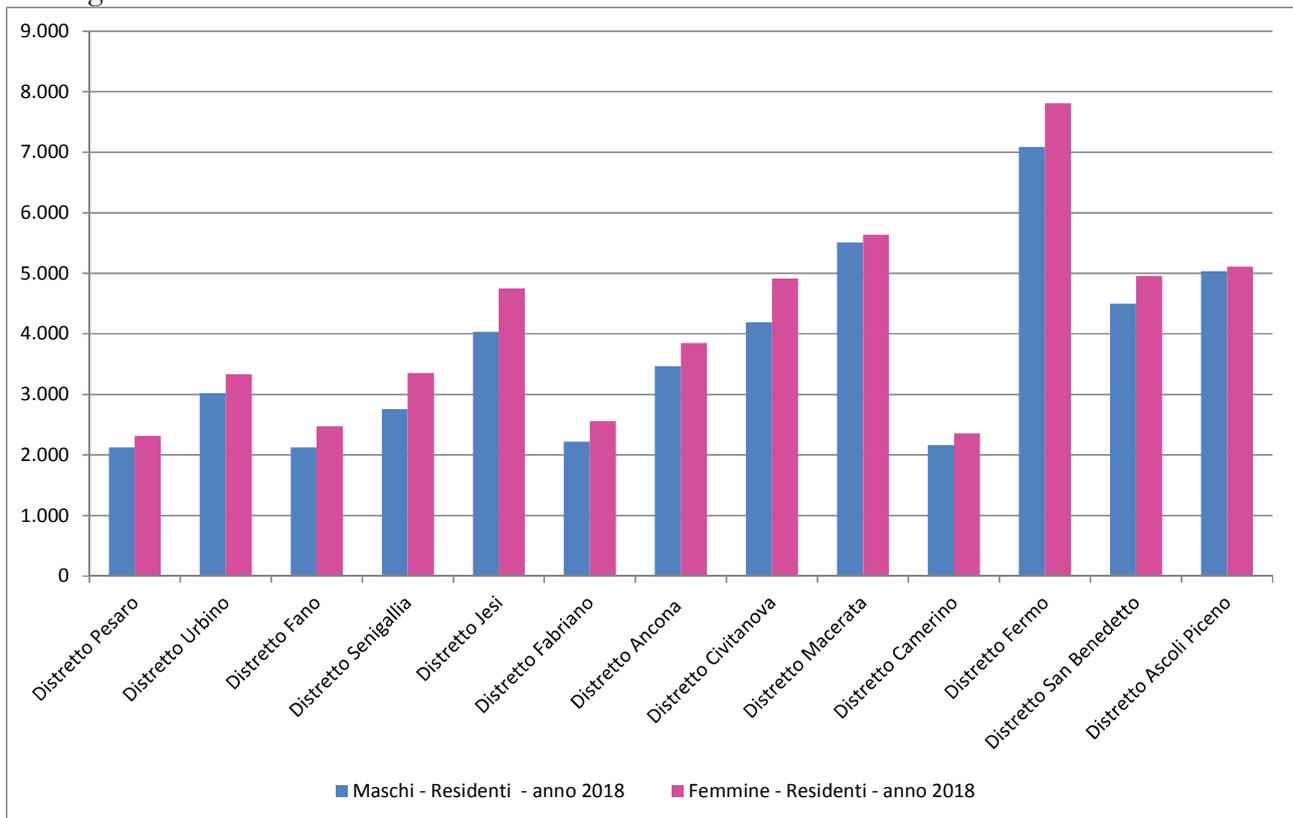
Bilancio di Genere

Il bilancio di genere ha come obiettivo quello di individuare ed attuare le politiche volte alla promozione delle pari opportunità tra i generi.

Di seguito, si propone la lettura delle pari opportunità mediante l'esposizione dei principali dati di genere gestiti dall'Azienda: il personale dipendente ed i servizi sanitari erogati.

In linea con i tassi di invecchiamento e sopravvivenza, in tutti i distretti sanitari gli assistiti di sesso femminile sono maggiori degli assistiti di sesso maschile, come rappresentato nel prospetto seguente.

Fig. 2.



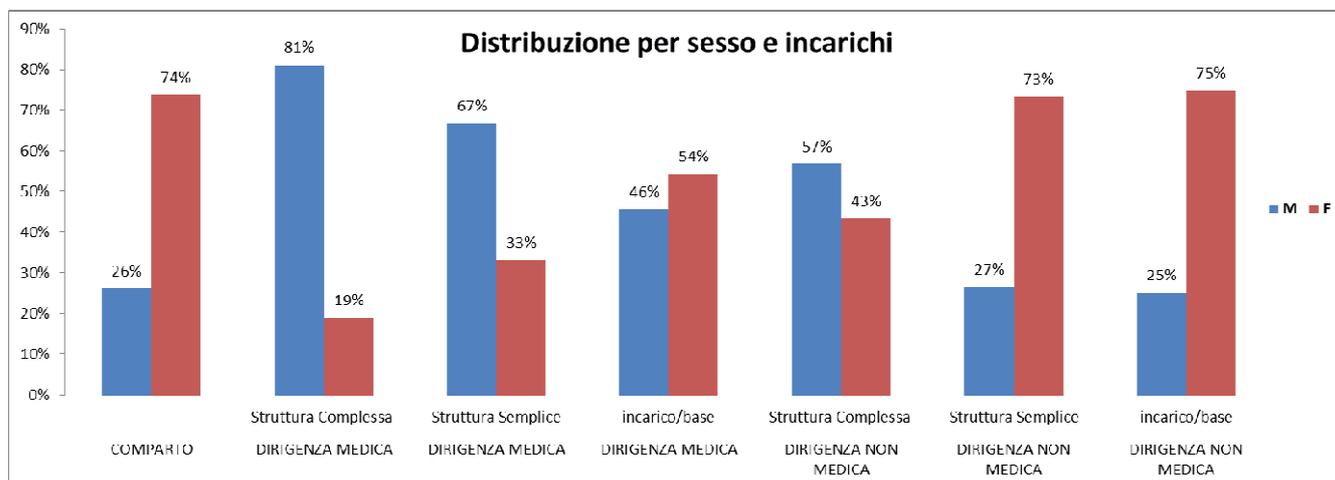
Relativamente all'occupazione, in Azienda prevalgono le dipendenti donne, in particolare nel settore del comparto che addirittura raggiungono la percentuale del 73,9%. Tuttavia, le dipendenti pur rappresentando quasi il 70% del personale aziendale, solo 14% di esse è dirigente; diversamente, il 30% dei dipendenti di sesso maschile è dirigente (tab. 8).

Tab 8.

	femmine	maschi	totale	femmine /totale
comparto	8.437	2.983	11.420	73,9%
dirigenza	1.387	1.296	2.683	51,7%
totale	9.824	4.279	14.103	69,7%
dirigenti/ totale	14,1%	30,3%	19,0%	

Di seguito si illustra la distribuzione per sesso/tipologia di incarico (fig. 3 e tabella 9) e per sesso/ruolo (fig. 4). Tale analisi evidenzia come gli incarichi di base siano affidati in misura percentuale maggiore alle donne (54% per la dirigenza media e 75% per quella non medica), mentre le strutture complesse ai dipendenti maschi (81% per la dirigenza media e 57% per quella non medica).

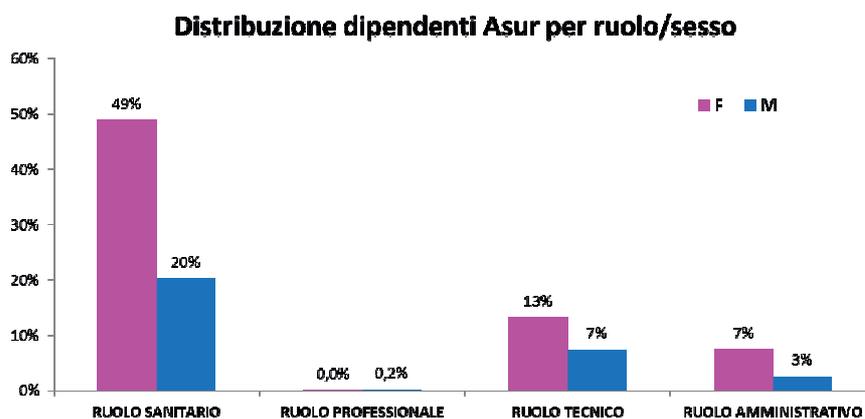
Fig.3.



Tab 9.

TIPO DIPENDENTE		M	F	Totale
COMPARTO		26%	74%	81,0%
DIRIGENZA MEDICA	Struttura Complessa	81%	19%	1,3%
	Struttura Semplice	67%	33%	2,7%
	incarico/base	46%	54%	11,9%
TOTALE Dirigenza medica		52%	48%	15,8%
DIRIGENZA NON MEDICA	Struttura Complessa	57%	43%	0,5%
	Struttura Semplice	27%	73%	0,3%
	incarico/base	25%	75%	2,4%
TOTALE Dirigenza non medica		30%	70%	3,2%
Totale complessivo		30%	70%	100,0%

Fig.4.



2) Analisi del contesto esterno e delle risorse

1 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2018-2020 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, a rettificare l'iniziale previsione di Fabbisogno prevista nel Patto per la Salute 2014-2016, che prevedeva quota 115,444 miliardi di euro già per l'anno 2016, è intervenuta dapprima l'Intesa Stato Regioni del 11 febbraio 2016 con la quale sono state stabilite le modalità di conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 680 dell'art. 1 della L. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) per un importo di Euro 3.500 milioni per l'anno 2017 e Euro 5.000 milioni a decorrere dall'anno 2018 rideterminando il Fabbisogno Nazionale in Euro 113.063 milioni per l'anno 2017 e Euro 114.998 milioni per l'anno 2018.

Successivamente, l'articolo 1, comma 392 della Legge di stabilità 2017 ha rideterminato in diminuzione il livello del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato rispettivamente in 113.000 milioni di euro e in 114.000 milioni di euro; per l'anno 2019 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stabilito in 115.000 milioni di euro.

Poiché le autonomie speciali non hanno sottoscritto i singoli Accordi con lo Stato, al fine di assicurare gli effetti finanziari risultanti dalla rideterminazione del livello di finanziamento del SSN, il MEF, con decreto del 5 giugno 2017, ha ridotto di 423 milioni il livello del finanziamento del SSN cui concorre lo Stato per l'anno 2017 e di 604 milioni a decorrere dal 2018.

Per l'anno 2018, pertanto, allo stato attuale, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il triennio 2017-2019 risulta pari rispettivamente a Euro 112.577 milioni, 113.396 milioni e 114.396 milioni, con un incremento dello 0,7% nel 2018 rispetto al 2017 (pari a Euro 819 milioni). Ciò per la Regione Marche significano 6,3 milioni di euro in più rispetto al 2017.

A fronte di tale aumento, nel 2017 il SSR ha dovuto sostenere maggiori costi per accantonamenti per rinnovi contrattuali di 4,2 milioni (applicando la percentuale di 1,45% del DPCM 27 febbraio 2017).

Alla luce di tali vincoli normativi descritti dettagliatamente nella DGRM 1617 del 28/12/2017 di autorizzazione provvisoria alla gestione del Budget 2018 degli Enti del SSR, la programmazione economica regionale dell'anno 2018 prevede un abbattimento dei costi gestionali dell'ASUR dell'anno 2017 del 2%, così come riportato nella DGRM 1617 del 28/12/2017.

A fronte di tale programmazione regionale, l'ASUR ha continuato il percorso riorganizzativo iniziato negli anni precedenti orientato ad armonizzare l'esigenza di garantire uniformi Livelli Essenziali di Assistenza -LEA, standard qualitativi delle cure adeguati e tendenti ad alte performance con la sostenibilità del SSN, alla luce delle manovre che si sono susseguite di revisione della spesa dal 2011 ad oggi e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dettati dal DM 70/15.

La strada intrapresa è stata quella di ridurre la frammentazione della rete ospedaliera esistente, riorganizzando le reti cliniche ospedaliere e riconvertendo le piccole strutture sanitarie in Ospedali di Comunità. La riorganizzazione ospedaliera ha coinvolto l'intero sistema delle cure, creando nuovi percorsi assistenziali di interfaccia fra la cronicità e l'acuzie, fra il territorio e l'ospedale, in grado di rappresentare, per il futuro, la base del buon governo della cura e della corretta gestione della spesa, in una Regione in cui la popolazione oltre ad essere fra le più longeve d'Italia (e del mondo), è dispersa nel territorio, a cui è fortemente legata, anche dopo l'evento sismico del 2016.

Il ricovero ospedaliero si inserisce in un ampio percorso assistenziale, governato dai servizi territoriali, quale risposta appropriata all'acuzie o al trattamento programmato obbligatoriamente ospedaliero.

I processi avviati negli anni precedenti e portati a termine sono stati:

1. la riorganizzazione delle cure intermedie (DGRM 960/2014; Determina ASUR 914/2015, DGRM 1183/2015; DGRM 139/16) con la riconversione dei posti letto dei Piccoli Ospedali e la differenziazione fra la Degenza Post Acuzie (DPA) ad esclusiva responsabilità organizzativa e gestionale ospedaliera e la “Lungodegenza Territoriale (LDT)” realizzata nella Casa della Salute (CDS) con posti letto di Cure Intermedie (CI);
2. la riorganizzazione delle Cure domiciliari (DGR 30 Giugno 2014 791 “Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione”).

I processi avviati negli anni precedenti ed implementati nel corso del 2018 sono stati:

1. riorganizzazione ospedaliera con il modello delle reti cliniche (DGR 1345/2013, 1219/2014, Determina ASUR 916/2015);
2. riorganizzazione che parte dall’istituzione del Presidio Unico di Area vasta (DGR 478/2013; 486/16 e determinazioni delle singole Aree Vaste);
3. riorganizzazione dei punti nascita in applicazione dell’Accordo Stato Regioni 2010 e successive Delibere Regionali (DGRM 1088/2011, DGRM 1404/2011) e la Determina ASUR 913/2015.

2- Le risorse economiche e finanziarie

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

Il trend dei risultati economico-finanziari raggiunti negli ultimi anni, misurati in termini di utile di bilancio, e la chiusura in pareggio dell’esercizio 2017, viene sinteticamente illustrato nel prospetto seguente.

Tab. 10.

	Esercizio 2018	Esercizio 2017	Esercizio 2016	Esercizio 2015	Esercizio 2014	Esercizio 2013	Esercizio 2012	Esercizio 2011	Esercizio 2010	Esercizio 2009	Esercizio 2008	Esercizio 2007
Risultato di bilancio (Utile)	-	0	0	89.359	101.543	11.727.996	6.023.392	61.290	4.071	220.540	4.358.819	58.722

Valori in €

Le risorse a disposizione dell’Azienda (pari a complessivi 2.809 milioni di euro nel 2018) derivano per il 92,4% 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 53,8% del totale), il personale (per il 26,2% del totale) e beni e servizi (per il 20% del totale).

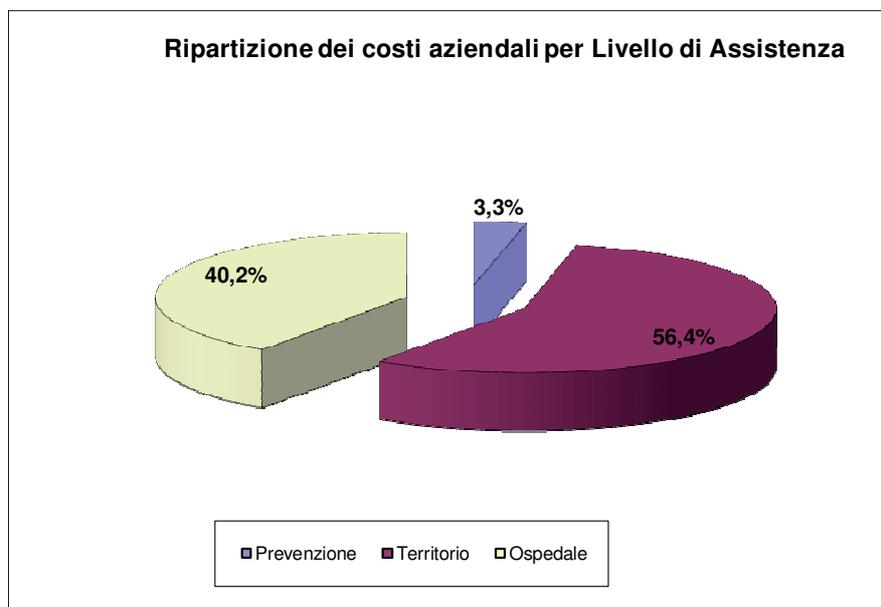
Si veda il Bilancio aziendale 2018 riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente (tab. 7).

Tab. 11.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2017 SENZA P.O. OSIMO	BILANCIO CONSUNTIVO 2018	CONSUNTIVO 2018 - BIL CONS 2017 SENZA P.O. OSIMO
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	-	-	-
A1	TOTALE RICAVI	2.806.844.220	2.882.761.473	75.917.253
A11	<i>CONTRIBUTI REGIONALI</i>	<i>2.619.376.756</i>	<i>2.664.511.309</i>	<i>45.134.553</i>
A12	<i>ALTRI CONTRIBUTI</i>	<i>1.337.289</i>	<i>1.545.415</i>	<i>208.126</i>
A13	<i>RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE</i>	<i>74.366.337</i>	<i>87.435.854</i>	<i>13.069.517</i>
A14	<i>ENTRATE PROPRIE</i>	<i>62.561.985</i>	<i>70.419.066</i>	<i>7.857.081</i>
A15	<i>RICAVI STRAORDINARI</i>	<i>49.201.853</i>	<i>58.849.829</i>	<i>9.647.976</i>
A2	TOTALE COSTI	2.806.844.220	2.882.761.473	75.917.253
A21	<i>PERSONALE</i>	<i>744.653.688</i>	<i>756.241.610</i>	<i>11.587.922</i>
A22	<i>BENI</i>	<i>374.364.214</i>	<i>397.793.016</i>	<i>23.428.802</i>
A23	<i>SERVIZI</i>	<i>174.648.413</i>	<i>177.570.586</i>	<i>2.922.173</i>
A24	<i>OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI</i>	<i>533.152.164</i>	<i>556.643.857</i>	<i>23.491.694</i>
A25	<i>SPECIALISTICA ESTERNA</i>	<i>176.790.907</i>	<i>183.797.106</i>	<i>7.006.198</i>
A26	<i>SPECIALISTICA INTERNA</i>	<i>20.745.183</i>	<i>20.779.143</i>	<i>33.960</i>
A27	<i>FARMACEUTICA</i>	<i>293.991.173</i>	<i>290.764.222</i>	- <i>3.226.951</i>
A28	<i>MEDICINA DI BASE</i>	<i>172.393.197</i>	<i>172.592.544</i>	<i>199.347</i>
A29	<i>ALTRE PRESTAZIONI</i>	<i>251.050.753</i>	<i>269.235.166</i>	<i>18.184.414</i>
A30	<i>LIBERA PROFESSIONE</i>	<i>17.270.850</i>	<i>17.703.949</i>	<i>433.099</i>
A31	<i>AMMORTAMENTI</i>	<i>6.471.300</i>	<i>5.377.675</i>	- <i>1.093.624</i>
A32	<i>ACCANTONAMENTI</i>	<i>27.537.822</i>	<i>27.340.519</i>	- <i>197.304</i>
A33	<i>TRASFERIMENTI</i>	<i>129.771</i>	<i>132.242</i>	<i>2.472</i>
A34	<i>ONERI FINANZIARI</i>	<i>140.810</i>	<i>90.290</i>	- <i>50.520</i>
A35	<i>ONERI STRAORDINARI</i>	<i>13.503.977</i>	<i>6.699.548</i>	- <i>6.804.429</i>

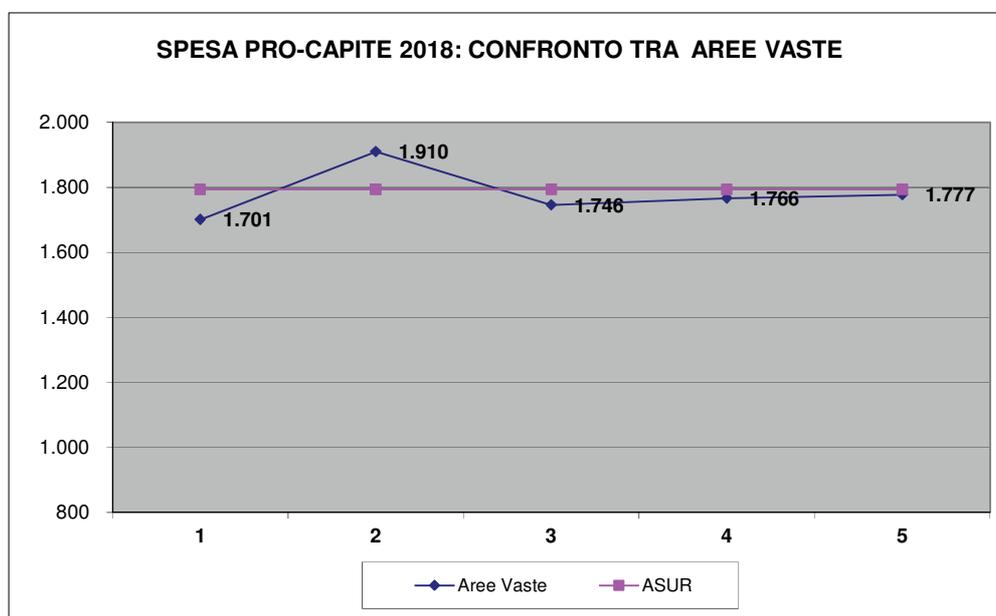
Il grafico seguente (Fig.2) mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2018, la Prevenzione assorbe il 3,3% (corrispondente a 96,9 milioni di euro), il Territorio il 56,4% (corrispondente a 1.639 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 40,2% dei costi sostenuti (pari a 1.169 milioni di euro).

Fig. 5.



In termini di costo pro-capite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo pro-capite pari a 1.794 euro, ripartito per singola Area Vasta così come riportato nel grafico seguente (Fig. 3).

Fig. 6.



3 - Le risorse professionali

L'ASUR conta 14.103 dipendenti alla data del 31/12/2018², 24 unità aggiuntive rispetto all'anno precedente (al netto dello scorporo dell'Ospedale di Osimo), così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale e rappresentati nella tab. 8 e nella Fig. 4

Tab. 12.

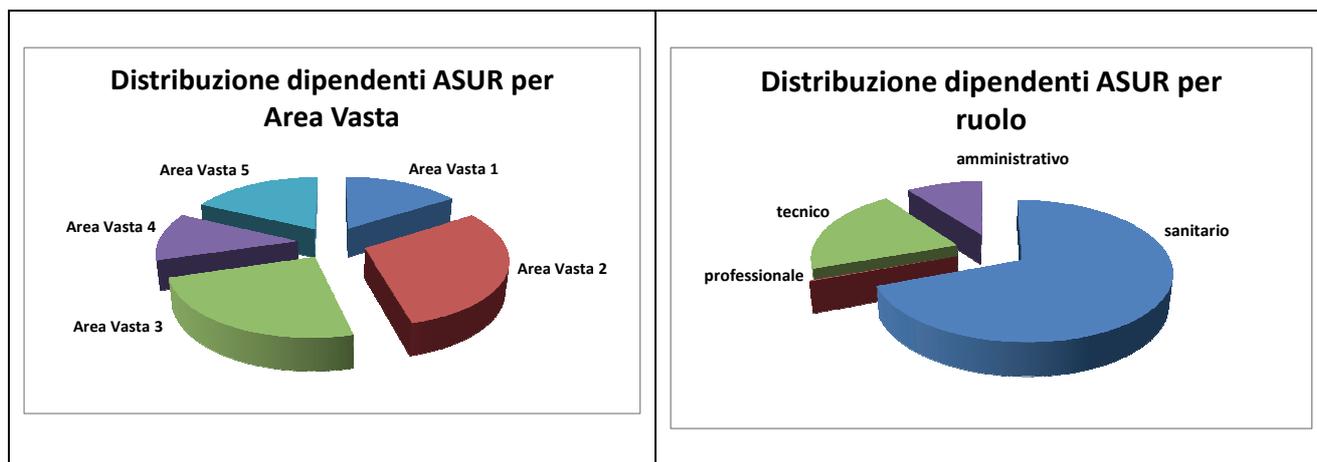
DOTAZIONE ORGANICA		Teste al 1/1/2018 al netto di Osimo	n. assunti		n. cessati		Teste 31/12/2018
RUOLO	AREA		T.L.	T.D.	T.L.	T.D.	
sanitario	dirigenza medica	2.248	172	320	168	338	2.234
	dirigenza non m.	341	10	86	32	70	335
	comparto san	7.155	301	916	317	857	7.198
professionale	dirigenza	18	1	5	2	4	18
	comparto	10	1	-	-	-	11
tecnico	dirigenza	32	-	2	3	-	31
	comparto tec	2.857	124	515	134	493	2.869
amministrativo	dirigenza	61	3	6	3	2	65
	comparto	1.357	46	30	68	23	1.342
		14.079	658	1.880	727	1.787	14.103

di cui

Area Vasta 1	2.225	107	218	136	181	2.233
Area Vasta 2	4.260	173	855	201	829	4.258
Area Vasta 3	3.408	157	243	184	200	3.424
Area Vasta 4	1.682	116	163	96	187	1.678
Area Vasta 5	2.504	105	401	110	390	2.510

* al netto del passaggio di Osimo all'1/1/2018

Fig. 7.



Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.105 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.327.050 unità, e 176 pediatri di libera scelta, che assistono 161.455 assistiti³.

² Fonte: Relazione al Bilancio di esercizio 2018.

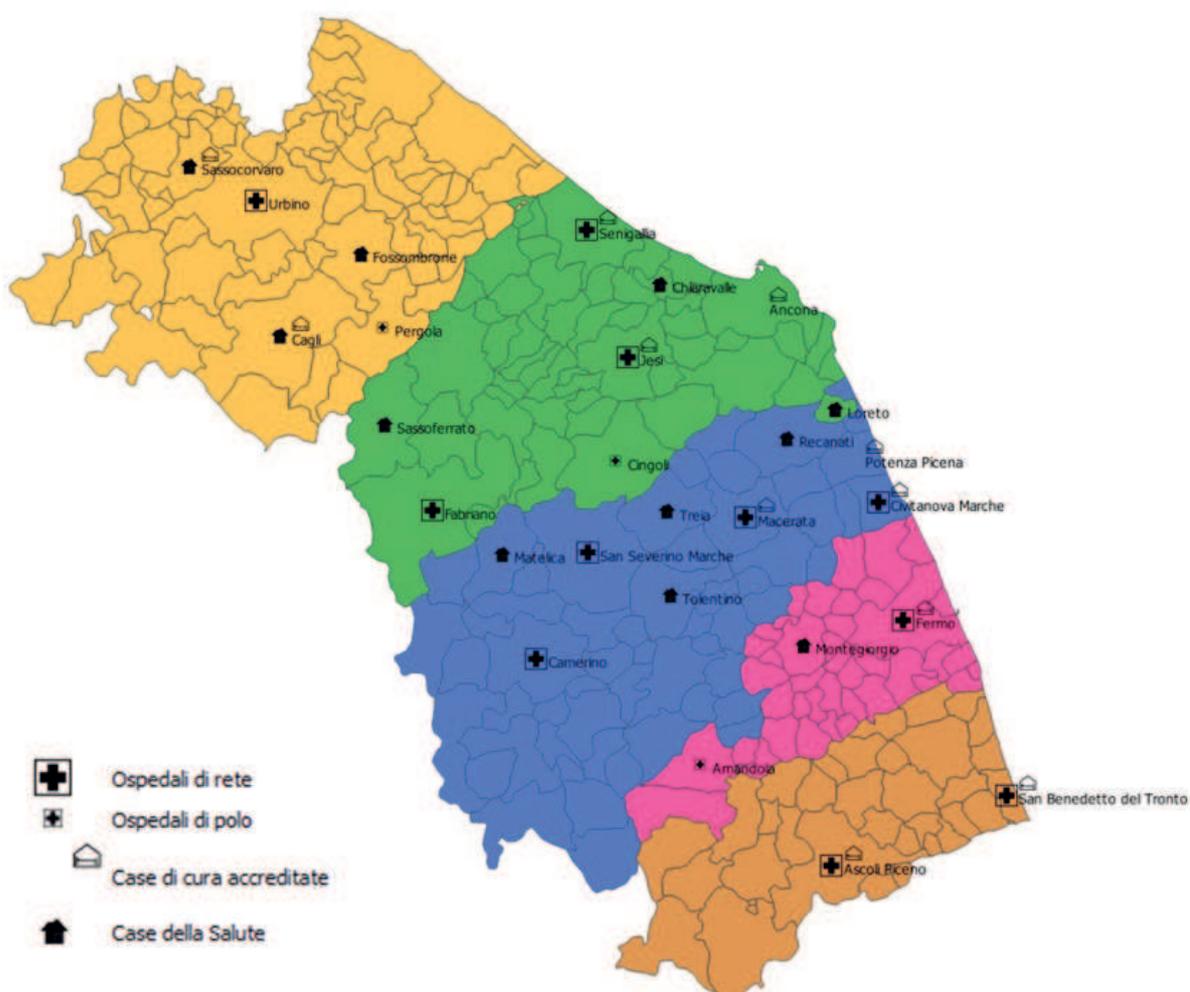
³ Fonte: Modello FLS 12 Anno 2018.

4 - La struttura dell'offerta

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

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 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 (fig. 5).

Fig.8.



Tab. 13. 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.PROFIL" - 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. "C.G.MAZZONI" - ASCOLI PICENO

Tab. 14. 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
			AV4	01	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLVERDE
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	Struttura multi-specialistica	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
			AV3	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA

Nell'anno 2018 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 2.697 unità, comprendenti 303 posti letto di DH/DS, 170 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.103 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Il confronto con l'anno precedente 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.

Tab. 15. Posti Letto strutture pubbliche (Fonte: HSP 11 e 12)

Area Vasta	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	16	16	45	205	282
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	46	28	90	596	760
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	51	53	23	594	721
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	23	20		273	316
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	38	12	12	435	497
Totale complessivo			174	129	170	2.103	2.576
Anno precedente			185	150	190	2.172	2.697
Delta			-11	-21	-20	-69	-121

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 902 unità, comprendenti 61 posti letto di DH/DS, 406 posti

letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tab 16. Posti Letto strutture pubbliche (Fonte: HSP 11 e 13)

Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod.	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	0	0	32	0	32
110039	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA	0	0	15	0	15
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	0	0	35	0	35
110075	STUDIO MEDICO CHIR. POLISP.	0	5	0	0	5
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	0	20	84	52	156
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	2	14	42	85	143
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	0	22	45	241	308
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	0	0	153	55	208
	Totale complessivo	2	61	406	433	902
	<i>Anno precedente</i>	<i>2</i>	<i>59</i>	<i>396</i>	<i>433</i>	<i>890</i>
	<i>Delta</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>10</i>	<i>0</i>	<i>12</i>

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

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

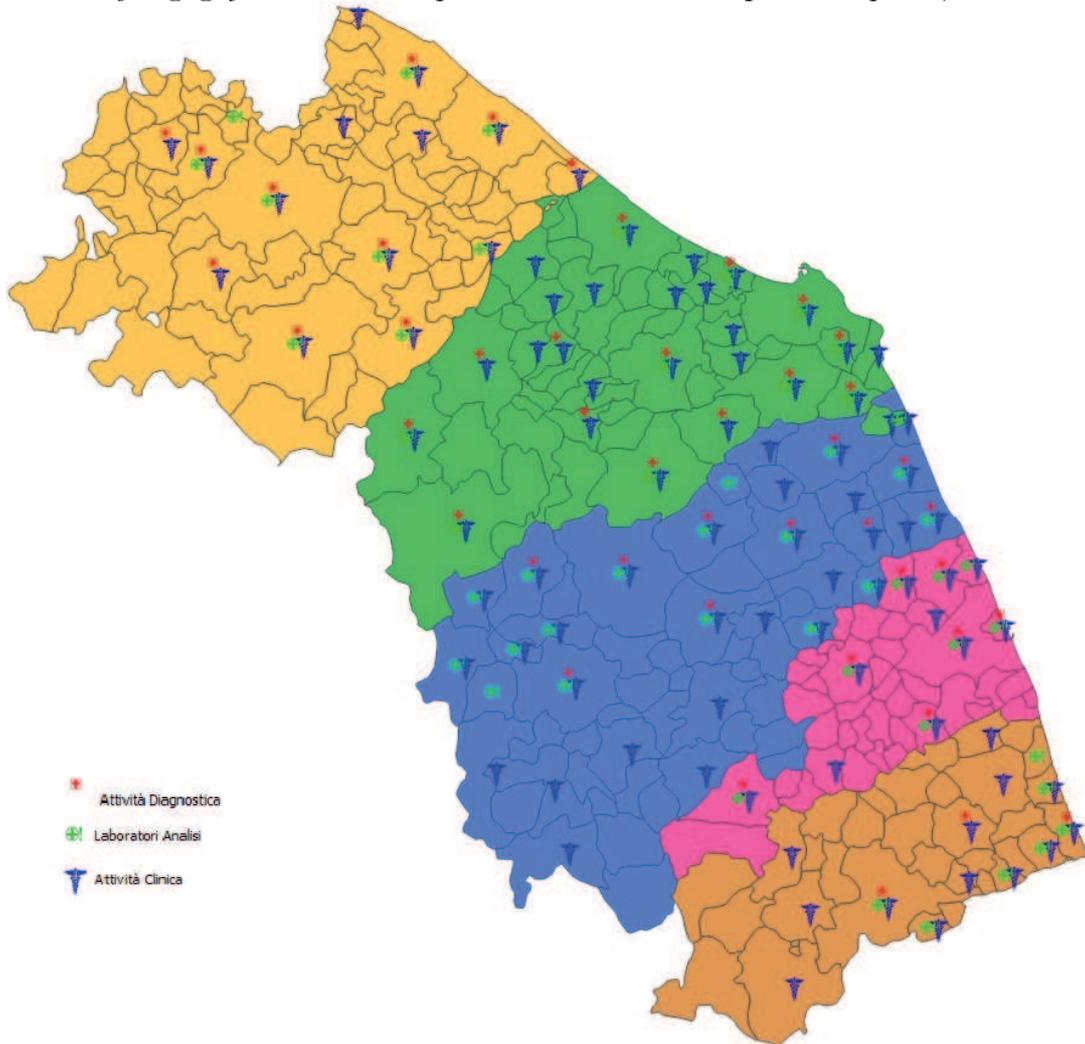
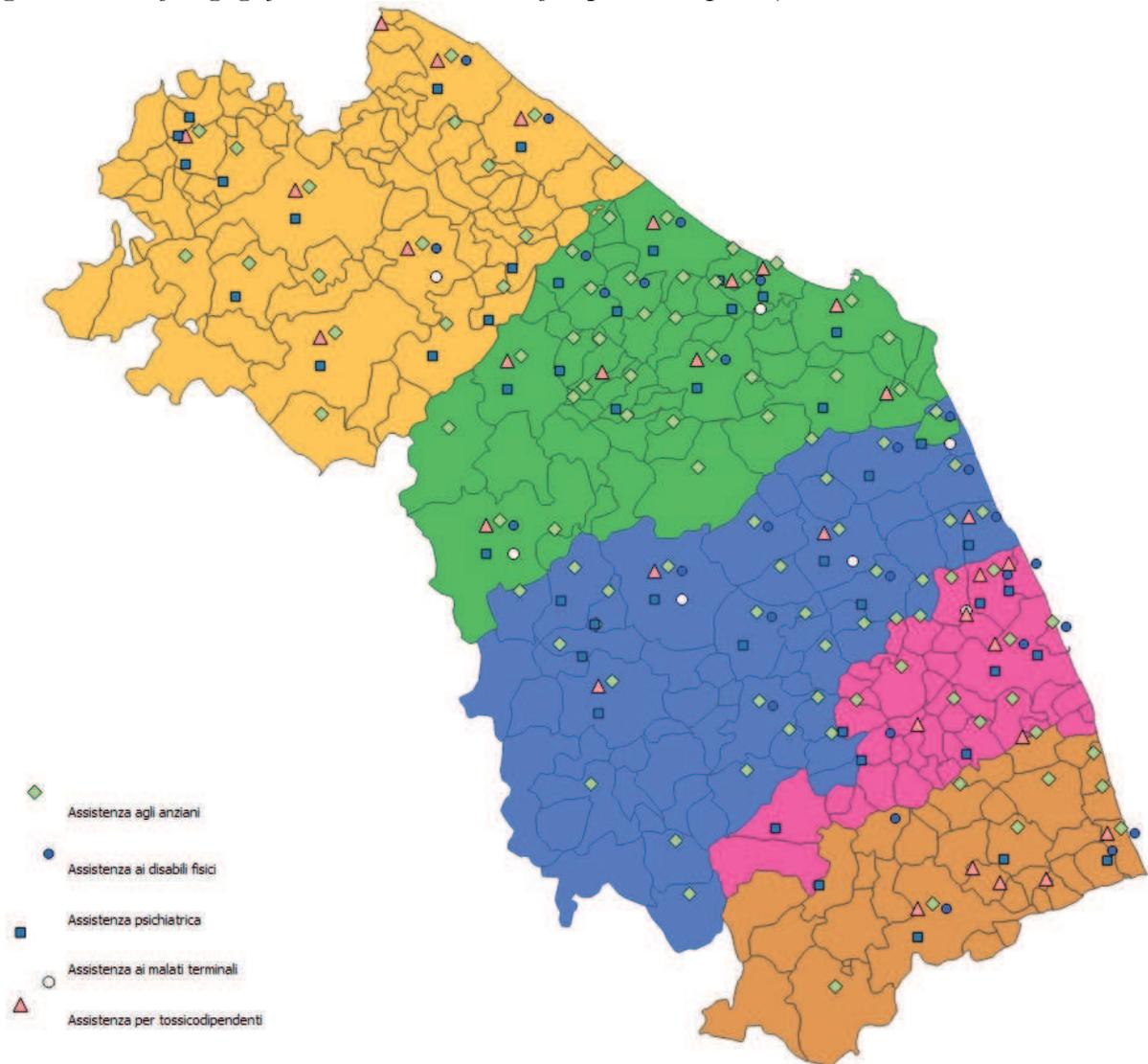


Fig. 10. Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)



Di seguito, si rappresenta per tipologia di struttura il numero delle strutture pubbliche (tab. 13) e private convenzionate (tab. 14)

Tab 17.

Numero di strutture a gestione diretta ASUR	Tipo struttura				Totale complessivo
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	
ASSISTENZA PSICHIATRICA	33		28	21	82
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			45	2	47
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			3	1	4
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI			2	3	5
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI			7		7
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	19		1	3	23
ATTIVITA' CLINICA	106	55			161
ATTIVITA' DI CONSULTORIO FAMILIARE	72				72
ATTIVITA' DI LABORATORIO	20	27			47
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	26	29			55
Totale complessivo	276	111	86	30	503

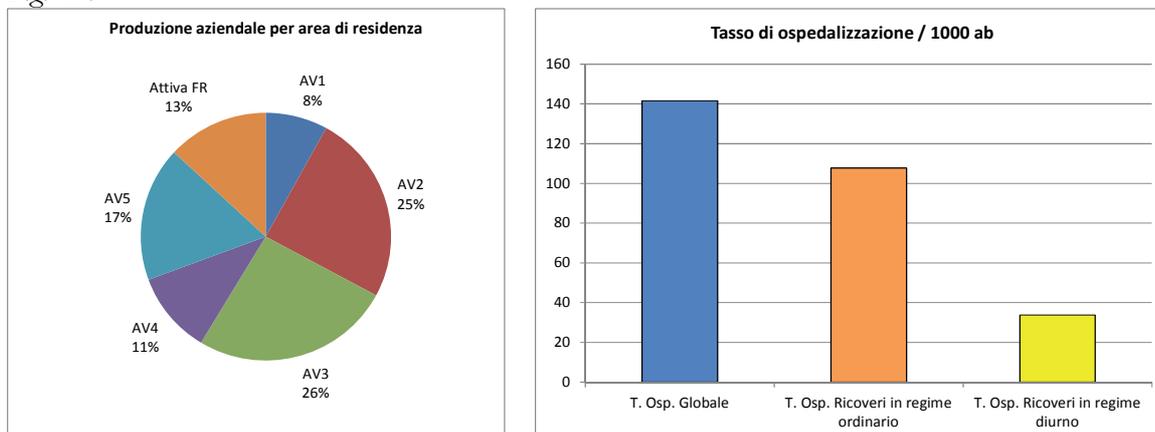
Tab 18.

Numero di strutture convenzionate	Tipo struttura				Totale complessivo
	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			125	4	129
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			11	32	43
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI			6	4	10
ASSISTENZA AIDS			1		1
ASSISTENZA IDROTERMALE	6				6
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI			27	3	30
ASSISTENZA PSICHIATRICA			27	1	28
ATTIVITA' CLINICA	4	59			63
ATTIVITA' DI LABORATORIO		61			61
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		20			20
Totale complessivo	10	140	197	44	391

5 - I servizi sanitari erogati

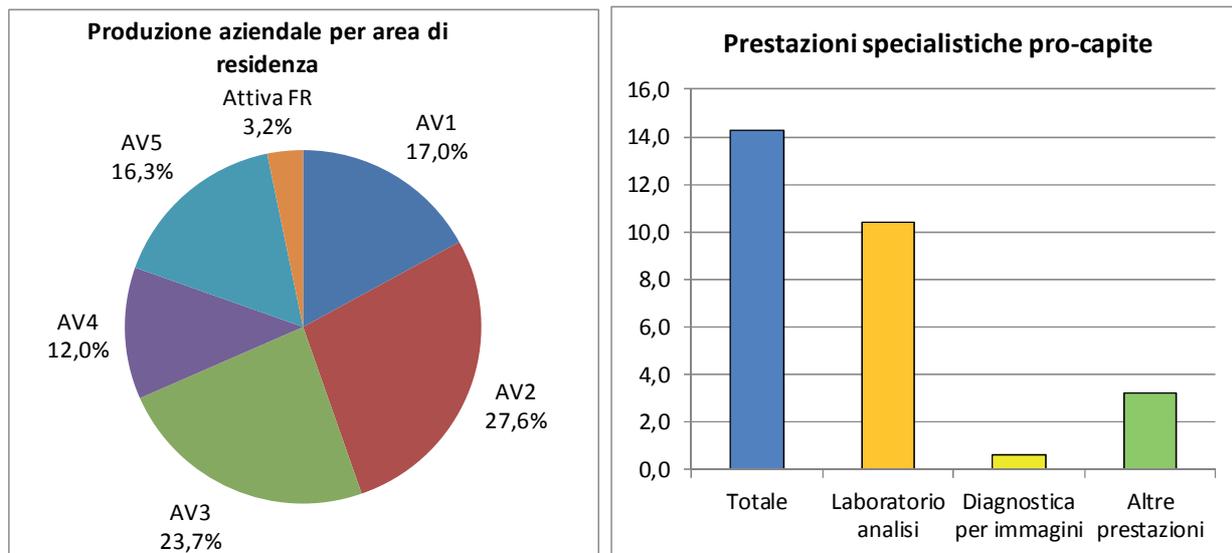
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2018 ha erogato complessivamente 139.907 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), 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 141,6 con un valore pari a 107,8 per i ricoveri in regime ordinario e 33,8 per quelli in regime diurno.

Fig. 11.



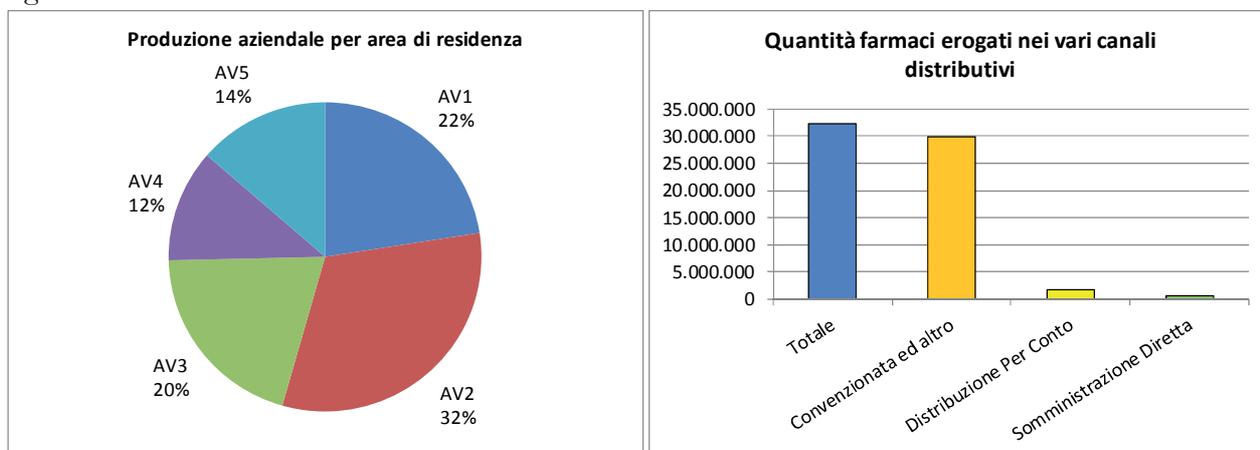
In merito all'assistenza specialistica, nel 2018 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 21.823.709 prestazioni, di cui 96.8% ai pazienti regionali ed il restante 3.2% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 14.3 prestazioni per residente, di cui 10.4 prestazioni di laboratorio analisi e 0.6 di diagnostica per immagini.

Fig. 12.



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 32.255.274 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 92,6% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2,1%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (5,3%).

Fig. 13.



3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa

1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali)

La programmazione aziendale è stata avviata con l'approvazione della Determina n. 151 del 9/03/2018 “Piano della Performance 2018-2021. Adozione”, la quale prevede per tutte le aree gli obiettivi da perseguire per l'anno 2018 e relativi indicatori e target.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR della Regione Marche per l'anno 2018 avviene con DGRM n. 470 del 16/04/2018; tali obiettivi sono oggetto di specifica pesatura (DGRM n. 471 del 16/04/2018), ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni Generali degli Enti del SSR.

In fase di approvazione degli obiettivi a carattere sanitario a livello aziendale, avvenuta con Det. ASUR/DG n. 460 del 9/8/2018, la Direzione ASUR ha recepito il contenuto delle DGRM 470 e 471/2018 citata assegnando gli obiettivi alle singole Aree Vaste.

Infine, il Direttore Generale, con successiva Det. n. 263 del 17/5/2019, ha approvato i criteri di valutazione dei risultati delle Direzioni di Area Vasta, prevedendo che tali direzioni siano valutate sui medesimi obiettivi del Direttore Generale e con i medesimi pesi (Det. n. 471 del 16/4/2019).

In Allegato alla presente relazione, si propongono le schede riassuntive degli obiettivi sanitari dell'area dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione, con l'evidenziazione degli indicatori, i valori attesi ed i risultati raggiunti dall'Amministrazione nel suo complesso.

La legenda utilizzata è la seguente:

-  Obiettivo Raggiunto (percentuale di raggiungimento tra l'85% ed il 100%)
-  Mancato raggiungimento
-  Raggiungimento parziale
-  Non valutabile.



2 – Performance organizzativa complessiva

Pur lasciando all'OIV il compito di misurare e valutare la performance organizzativa complessiva di ciascuna amministrazione ai sensi dell'art. 7, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 150/2009, si rappresenta che l'Azienda ha rispettato l'obiettivo fondamentale dell'equilibrio di bilancio, assicurando altresì il rispetto di due vincoli principali imposti dalla normativa nazionale e regionale, quali:

- 1) il tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata misurato dall'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale del 7,96%;
- 2) il tetto sul costo del personale fissato nel valore pari a quello del 2004 ridotto dell'1,4%.

D'altro canto, gli sforamenti registrati nella spesa farmaceutica ospedaliera e nei dispositivi medici sono stati fatti salvi dal perseguimento dell'equilibrio economico complessivo aziendale.

In merito alla garanzia dei livelli assistenziale, inoltre, sono stati perseguiti in generale gli obiettivi assegnati dalla Regione.

4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali

Il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati ai Dirigenti e inseriti nel Piano della Performance non si è ancora concluso al momento della stesura della presente relazione. In attesa del perfezionamento della contrattazione integrativa da parte di tutte le 5 Aree Vaste e della Direzione Centrale, sono state avviate le valutazioni individuali sulla base dello schema di Contratto Collettivo Integrativo predisposto dalla Direzione, di riferimento per la sottoscrizione delle ipotesi di CCI a livello di Area Vasta; in merito alla valutazione individuale, tale schema di contratto prevede quanto segue:

- la valutazione della performance individuale è effettuata, per tutto il personale, a cura del dirigente responsabile della struttura (valutatore di I istanza); relativamente al personale del comparto 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 di incarico di coordinamento è effettuata dal Dirigente Professioni Sanitarie di concerto con il Dirigente Responsabile della struttura e la relativa scheda è sottoscritta da entrambi;
- la valutazione della performance individuale dei titolari di 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 scheda di valutazione, debitamente compilata, deve essere illustrata ai dipendenti interessati 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 ha facoltà di esercizio delle procedure di conciliazione finalizzate a dirimere le questioni di conflittualità nell'ambito della valutazione individuale;
- 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 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.

5) Il processo di misurazione e valutazione

Con riferimento al ciclo delle performance aziendale di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4), di seguito rappresentato, si descrive nel paragrafo presente il processo di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018 dell'ASUR.

Fig. 14.



Così come previsto nel Piano della Performance, 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 (con DGRM n. 1617/2017), nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Con DGRM n. 1617 del 28 dicembre 2017, in attesa dell'assegnazione definitiva del budget, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e quindi anche l'ASUR, alla

gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2017 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali.

Successivamente con DGRM n. 364 del 26/03/2018, sempre nelle more della quantificazione complessiva dei costi del Presidio SS. Benvenuto e Rocco di Osimo già trasferito all'1/1/2018, la Giunta Regionale ha modificato l'assegnazione dell'ASUR decurtando il tetto precedentemente approvato con DGRM 1617/17 della somma di 11.701.030 euro, al fine di consentire ad INRCA di far fronte agli impegni finanziari derivanti dal trasferimento.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018 è avvenuta con DGRM n. 470 del 16/04/2018. Gli stessi obiettivi sono stati oggetto di specifica pesatura con DGRM 471 del 16/04/2018, la quale ha definito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali degli Enti del SSR.

La programmazione regionale è stata recepita con Determina ASUR/DG n. 460 del 9 agosto 2018, atto con il quale la Direzione ASUR ha recepito il contenuto della DGRM n. 1617/2017 e 364/18 di autorizzazione alla gestione provvisoria dei Bilanci economici preventivi ed ha assegnato ai Direttori di Area Vasta gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno 2018 in coerenza con quanto approvato dalla Giunta regionale con la DGRM 470/2018 citata.

Il Budget definitivamente assegnato all'ASUR è stato approvato con DGRM n. 1778 del 27 dicembre 2018 ed in coerenza con tale assegnazione l'ASUR ha adottato il bilancio preventivo economico 2018 con determina n. 754 del 28/12/2018 ed ha assegnato definitivamente i Budget alle Aree Vaste con Det. n. 13 del 10/4/2019.

Sulla base di tale programmazione regionale e aziendale, i Direttori di Area Vasta hanno definito i budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto) con le tempistiche seguenti:

AV1: si è concluso con l'adozione della determina n. 966 del 31/07/2018,

AV2: si è concluso con la sottoscrizione delle schede di Budget nel mese di maggio e revisione a novembre 2018 in relazione alle determina n. 460 e 544/ASURDG/2018;

AV3: si è concluso con l'adozione della determina n. 1269 del 19/10/2018;

AV4: si è concluso con l'adozione della determina n. 560 del 31/07/2018;

AV5: si è concluso con l'adozione della determina n. 953/AV5 del 31/07/2018 e 1530 del 18/12/2018.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si è valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari dell'Azienda nel suo complesso, dandone evidenza nella Relazione al Bilancio d'esercizio 2018 (adottato con Det. n. 311/DG del 13/06/2019) e, risulta ancora in corso la valutazione della performance organizzativa e individuale del personale dirigenziale e del comparto delle Aree Vaste e della Direzione centrale.

Allo stato attuale, il Collegio Sindacale ASUR ha espresso parere favorevole solo su alcuni Accordi Integrativi riferiti all'anno 2018, così come dettagliato nel prospetto seguente:

Tab 19.

AV/Direzione Asur	COMPARTO	MEDICI	SPTA
1	SOTTOSCRIZIONE IPOTESI CCI: 19/05/2019		
2			
3	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 11/06/2019	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI : 14/06/2019	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI : 18/04/2019
4	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 18/07/2019		SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 18/07/2019
5		SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 24/06/2019	
Direzione Asur			

I documenti relativi al Ciclo della Performance sono riportati nella tabella seguente, con l'indicazione della data di adozione, di pubblicazione, eventuale aggiornamento e, infine, il relativo link nel sito aziendale dedicato alla Trasparenza.

Tabella 21.

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Documento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance 2018	https://www.asur.marche.it/documents/20182/46099/Sistema+di+misurazione+e+valutazione+della+Performance+2018/34a0e2eb-de4c-427c-b1d1-ddc87f33086a
Piano della Performance	Piano Triennale della Performance 2018-2020	https://www.asur.marche.it/documents/20182/46104/Piano+Triennale+della+Performance+2018-2020/85c06f44-364f-41b1-bf75-f7b944a46352
	Piano triennale Performance 2018-2020	https://www.asur.marche.it/documents/20182/46104/Piano+triennale+Performance+2018-2020/bd998bbc-93d2-4917-866e-e270c04fc298
Programma per la Trasparenza e l'Integrazione (Altri contenuti/Prevenzione Corruzione/Piano Triennale Prevenzione/Anni 2018-2020)	All 1. sub a1. Gestione Appalti.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All+1.+sub+a1.+Gestione+Appalti.pdf/93ca9719-6fbc-4ad5-ba77-598b073eca37
	All. 1 sub a2. Incarichi e nomine.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All.+1+sub+a2.+Incarichi+e+nomine.pdf/54fb2245-3e4f-47ee-b768-6e22b66e30b7
	All. 1 sub a3. Bilancio e patrimonio, Vigilanza e Controlli.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All.+1+sub+a3.+Bilancio+e+patrimonio%2C+Vigilanza+e+Controlli.pdf/72d54808-b251-49b9-8f1d-0e891ce18f35
	All. 1 sub a4. Alpi, privati accr., farmaceutica, decesso.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All.+1+sub+a4.+Alpi%2C+privati+accr.%2C+farmaceutica%2C+decesso.pdf/db1ffe08-b1e5-44a5-ac38-fe1efc339d3a
	All. 1 sub b. Tabella Livello Rischio.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All.+1+sub+b.+Tabella+Livello+Rischio.pdf/7f7c8411-26e3-49e3-8f34-3434d812b07c
	All. 1 sub c. Cronoprogramma attività.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All.+1+sub+c.+Cronoprogramma+attivita%2C.pdf/3f17feca-aa15-4782-8a2b-0e46fd92d05d
	All. 1 sub d. Griglia obblighi pubblicazione.pdf	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/All.+1+sub+d.+Griglia+obblighi+pubblicazione.pdf/ba62a944-448c-444f-b136-1e76a8a32856
	PTPCT 2018-2020 approvato	https://www.asur.marche.it/documents/20182/128080/PTPCT+2018-2020+approvato/5a1efd64-22c7-4189-ae9f-84dc46cb62e2

Allegato

Fonti: gli indicatori sono stati calcolati tramite l'utilizzo dei dati certificati da flussi informativi nazionali, regionali ed aziendali, nonché dei dati forniti dal Controllo di Gestione Aziendale e dalle altre strutture organizzative dell'ASUR.

PREVENZIONE

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiungimento 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e anni DGR 202/16	valori previsti per anno 2018 descritti in all. A DGR 202/16. (Tutti nome 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	✓	
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR		10.485	11.393	92,03%	≥ 95%	✓	
Copertura vaccinale	copertura vaccinale antipneumococcica	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	10.393	11.393	91,22%	≥ 95%	✓	
Copertura vaccinale	copertura vaccinale antiMeningococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	9.710	11.393	85,23%	≥ 95%	✓	
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione ultra 65enni residente	193.852	371.246	52,22%	≥ 75%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Copertura vaccinale	Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte dei nati 2016	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningococco B	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita			NON VALUTABILE	≥ 30%	!	L'offerta attiva e gratuita è stata avviata a partire dalla coorte del 2017 monitorabile dal 2019
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) di una dose antiMeningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati entro un anno per antiMeningococco C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	10.271	13.761	74,64%	> = 95%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale a tutti i maschi nati a partire dall'anno 2007 per il vaccino HPV anti Papilloma Virus	N° di soggetti vaccinati, nati a partire dall'anno 2007	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita			NON VALUTABILE	> = 60%	!	La campagna vaccinale è stata avviata nell'anno 2018 e quindi monitorabile a fine ciclo nell'anno 2019
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-polioemfite, da effettuare con richiamo (dTPa IPV)	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	11.532	13.761	83,80%	> = 90% o in miglioramento rispetto all'anno precedente (75,17%)	✓	
Copertura vaccinale	Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enni	N° di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per antipneumococcica	Popolazione 65enni residente			NON VALUTABILE	≥ 55%	!	Percorso organizzativo in corso.
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			NON VALUTABILE	> = 20%	!	Percorso organizzativo in corso
copertura vaccinale	copertura vaccinale anti HPV	N bambine nel corso del 12° anno di vita vaccinate con cicli completi	N° di bambine della rispettiva coorte di nascita	1.970	6.663	29,57%	≥ 95%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per polioemfite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	10.648	11.393	93,46%	>=95%	✓	
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 Ribalamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno		62.98	100%	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente (61)	✓	
DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi		5.837	6.419	90,93%	95%	✓	
DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening		5.963	5.837	102,16%	95%	✓	
effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	n. di interviste effettuate	n. interviste da effettuare	897	880	101,93%	≥ 90%	✓	dato di
messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	Messa a regime in almeno 2 A.V. ASUR				Obiettivo raggiunto come da relazione del Responsabile del progetto Dr. Maurizio Conforti	Relazione direzione Generale ASUR	✓	
Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	3.833	3.380	4,40%	> 5%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSL	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	1.164	13.636	8,54%	>10%	✓	
rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di tumori in stadio I-II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancer screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei tumori invasivi screen-detected	N° di tutti i tumori screen-detected * 100	38	138	27,54%	< 25%	✓	
rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/Azienda	N. strutture eroganti per AZ/AV		= 2017	100,00%	Mantenimento di almeno due ore/struttura per AV/Az per ogni screening	✓	
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	47.652	88.874	53,62%	>50%	✓	
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	53.701	121.653	44,14%	> 45%	✓	
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	68.183	184.581	36,94%	> 40%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Rispetto LEA per Screening Oncologici	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV			NON AVVIATO	Avvio su tutte AAVV	!	Percorso organizzativo in corso
Rispetto LEA per Screening Oncologici	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro mammella su base eredo-familiare	N° AAVV con percorso cancro mammella su base eredo-familiare	Totale AAVV			Percorso avviato	Avvio su tutte AAVV	✓	
Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	% campioni effettuati su controlli programmati	N. controlli effettuati	N. di controlli programmati	20	8	100%	≥ 95 %	✓	

ASSISTENZA VETERINARIA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 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	115	3.639	3,16%	> 3% delle aziende	✓	
ANAGRAFI ZOOTECNICHE 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	127	12.863	0,99%	1%	✓	
ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	14.776	149.470	9,89%	> 5% dei capi	✓	
AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04, DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% di AUDIT sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		94	109	86,24%	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	✓	
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 DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campioni effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione negli alimenti vegetali	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	22 349 508	23 341 497	95,65% 100% 100%	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase	✓	
Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	49	44	111%	100%	✓	
Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	115	103	112%	100%	✓	
Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	45	33	136%	100%	✓	
ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	652	689	94,63%	≥ 85%	✓	
ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini i morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini morti	542	200	100,00%	≥ 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	✓	
ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi caprini morti	113	72	100,00%	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	✓	
FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg. n° 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSA n. 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	735	749	98,13%	Attività comprendente almeno il 90 % degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	✓	
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	241	234	100,00%	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	✓	
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	1.555	1.550	100%	100%	✓	
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	2.630	4.644	57%	100%	✓	
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	43 42	18 42	61% 100%	>60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	✓	
PIANO NAZIONALE MICOTOSINE 2016-2018. Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	138	137	101%	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia	✓	
PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	91	91	100,00%	100%	✓	
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	8 42	8 42	100% 100%	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	✓	
Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi alla pianificazione delle attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2018				100	Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	✓	
SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-2602/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	86	85	101,18%	100%	✓	

ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	ASUR Valore atteso 2018	ASUR % raggiungimento 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	179	1.580	11,33%	100% Stabilimenti < 12%	✓	
Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM stomaco: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico	5	135	3,70%	100% Stabilimenti < = 2017 (8,75%)	✓	
Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco	408	2.805	14,55%	100% Stabilimenti < 14%	✓	
Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 volumi/esiti	Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero totale ricoveri per PTCA totali eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	670	1.428	46,92%	>30%	✓	
Attuazione DGR 982/2016	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche				100,00%	Predisposizione protocolli	✓	
CHIRURGIA AMBULATORIALE	% prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS	Σ prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in DS	Totale prestazioni in DS e ambulatoriali	12.699	305.220	4,16%	< 2,33%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Donazione organi e tessuti	% di donatori di cornee procurati: Consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati sui decessi totali	N° donatori procurati di cornee (consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati)	N° decessi totali (esclusi i procedimenti a cassa aperta)	110	216	50,93%	≥ 5%	✓	
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 sottocutanea e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte	315	499	63,13%	≥ 2017 (59,96%)	✓	
Donazione organi e tessuti	% Opposizioni su accertamenti di morte	N° opposizioni	N° accertamenti di morte	12	84	14,29%	< 5% rispetto a media nazionale (29,9%)	✓	
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	46	84	54,76%	≥ 2017 (56,25%)	✓	
Donazione organi e tessuti	Donazione di organi: N. donatori procurati di organi in morte encefalica	N. donatori di organi in morte encefalica	N. pazienti deceduti con accertamenti di morte neurologica	32	46	69,57%	≥ 2017 (48,88%)	✓	
Implementazione PDTA regionali	Audit interni multidisciplinari	N. audit interni multidisciplinari	N. PDTA regionali			100,00%	Almeno 2 audit previsti per PDTA	✓	
Implementazione PDTA regionali	Recepimento e attivazione PDTA regionali entro 2 mesi dalla pubblicazione	N. PDTA regionali recepiti con atto formale	N. PDTA regionali			100,00%	100%	✓	
INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG=>2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	9.224	44.309	20,82%	>2017 (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target) (21,39%)	✓	
INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	(Σ DRG in R.O. 2018) - (Σ DRG in R.O. 2017)	(Σ DRG in R.O. 2017)	27	1.354	1,99%	> 2017 (Σ DRG 149, 303, 481, 541, 569, 520) (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)	✓	
INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2018) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] per residenti anno 2017)	-867	68.075	-1,30%	≥ 2017 (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target) (-7,8%)	✓	
Miglioramento appropriatezza chirurgia	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	7.418	13.227	56,08%	≥ val 2017 (54,38%)	✓	
Miglioramento appropriatezza chirurgia	mortalità a 30 giorni dai ricover 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	85	1.125	7,56%	≤12% per ciascun stabilimento	✓	
Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individuale riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo		4 AAWV SU 5	100,00%	> 80%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	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				17	< 2017 (17)	✗	Condizioni cliniche che non hanno permesso il trasferimento
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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	773	2.268	34,08%	≥ 25% per ciascun stabilimento	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	5.071	39.845	12,73%	≤ 22,5%	✓	

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	948	4.036	25,10%	<21%	✗	Percorso organizzativo in corso
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≤ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di 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	243	1.134	22,50%	<20%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	1.087	1.637	66,40%	≥ 65%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	1.071	1.459	73,41%	≥60% per ciascun stabilimento	✓	
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)	34.490	82.035	42,04%	≥ 42%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	2.731	9.163	29,80%	≤ 35%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	1.608	30.036	5,35%	≤ 5%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	45.197	44.309	1,02	≤ 1,40	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	13.475	104.469	12,90%	< 2017 (13,77%)	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione			IN ATTESA DI CRITERI REGIONALI	< 2017	⚠	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	23	450	4,40%	< 8% per ciascun stabilimento	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	11	585	1,88%	≤ 12% per ciascun stabilimento	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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			nessun caso	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento <= 0,5%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	101	1.076	9,39%	≤ 14% per ciascun stabilimento	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	N. Parti pretermine tardi Vi (34-36 settimane di gestazione)	N. Parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Totale parti cesarei	315	6.433	4,90%	≤ 5%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	9	2.026	0,4%	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento (0,40%)	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	19	4.008	0,47%	≤ 0,7% per ciascun stabilimento	✓	

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 90 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività >90 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	1.247	1.372	90,89%	≥50% per ciascun stabilimento	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui	Numero di ricoveri int. frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	1.542	1.577	97,78%	> 95%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	500	780	64,10%	≥ 50% per ciascun stabilimento	✓	
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	2.058	2.279	90,30%	> 95%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	965	965	100,00%	> 75%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	10.437	101.612	0,10	≤ 0,17	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	-1.269	12.303	-10,30%	-6%	✓	
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	-1.264	3.616	-35%	-36%	✓	
MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436) sottoposti a trombolisi e.v. (ICD9-CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436)	143	1.581	9,04%	≥2017 (7,71%)	✓	
MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Efficacia della presa in carico pre-ospedaliera	N° pz con trauma maggiore con cod. NERO o deceduti in PS	N° totale dei pazienti trauma maggiore	11	2.261	0,49%	>2017	✓	
MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	1.158	2.261	51,22%	≥2017	✓	
MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	71	2.261	3,14%	≥2017	✓	
MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pz con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	0	2.261	100,00%	≥2017	✓	
Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale	Produzione e invio di reportistica attestante la rendicontazione analitica su ogni singolo progetto.	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio			Parte integrante relazione al Bilancio Consuntivo 2018 det.Asur n. 266 del 29/05/2019	100,00%	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	✓	
Potenziamento qualità clinica	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetrica	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	1.416	1.427	99,23%	100%	✓	
Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti)	184	1.155	15,93%	100% Stabilimenti < 16%	✓	
Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno)	287	2.107	13,62%	≤val 2017 (15%)	✓	
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) visitati entro e oltre 30 minuti	45.458	103.914	43,75%	>2017 (45,03%)	✗	Carenze di personale
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	116.318	213.687	54,43%	>2017 (54,64%)	✗	Carenze di personale
Pronto Soccorso	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno.			4260	17,75	≤ 18 minuti	✓	
Rischio clinico	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Seps post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	67	10.433	0,64%	≤ 2017 (0,44%)	✓	
Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano" (DGR 954/2016)	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio a cadenza semestrale				Prot. Asur Dg 22074/2018 Prot. Asur Dg 3959/19	Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019	✓	

LISTE DI ATTESA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiungimento 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Liste di attesa	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità					100,00%	100%	✓	
OTTIMIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Reportistica dell'avvenuta attivazione di agende per la presa in carico di pazienti con patologia oncologica (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione delle agende per la presa in carico di TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV			prot 458704 del 29/01/2019 MMGPLSSA - ASUR DG 26677 del 24/09/2018	100%	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2018)	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecodoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica;	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	25.542	27.206	94%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace;	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	31.651	33.096	96%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-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	33.499	36.406	92%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-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	37.745	40.288	94%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-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	30.825	33.140	93%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-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	29.018	30.337	96%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	N. prestazioni per esterni di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti	N. prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti		12.785.981	11.996.396	-6,18%	<2017	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	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	N totale di prestazioni richieste	558.880	619.279	90,25%	>90%	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	Presi in carico con prescrizione, prenotazione e disponibilità di slot dedicati per pazienti oncologici in tutte le strutture che trattano pazienti neoplastici (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale - Territorio attestante l'avvenuta presa in carico con prescrizione, prenotazione e l'attivazione di slot dedicati per TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture che trattano pazienti neoplastici per Az/AV			prot 458704 del 29/01/2019 MMGPLSSA - ASUR DG 26677 del 24/09/2018	100,00%	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di nefrologia 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 agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV			prot 460554 del 06/02/2019 MMGPLSSA - ASUR DG 26677 del 24/09/2018	100,00%	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di nefrologia 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 agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV			prot 460554 del 06/02/2019 MMGPLSSA - ASUR DG 26677 del 24/09/2018	100,00%	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	✓	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (pre-requisito-della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di cardiologia 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 agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV			prot 460554 del 06/02/2019 MMGPLSSA - ASUR DG 26677 del 24/09/2018	100,00%	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	✓	
Ottimizzazione prenotazione prime visite	Numero di case della salute - equipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali				= 2017	100%	Mantenimento di una sede attiva per AV	✓	
Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% ALPI	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione di almeno 5 prestazioni critiche, per Az/AV, sottoposte a monitoraggio; PNGLA entro il 31/12/2018				100%	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2018)	✓	
Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato				= 2017	100,00%	Mantenimento delle 10 agende	✓	
Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie	Ore di utilizzo giornaliere per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature mediche				fatto	100%	Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature mediche	✓	

ASSISTENZA TERRITORIALE

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Assistenza Domiciliare	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 1	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 1 (0,14-0,30)			6.445	100%	≥ 6.120	✓	
Assistenza Domiciliare	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 2	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 2 (0,31-0,50)			4.690	100%	≥ 3.770	✓	
Assistenza Domiciliare	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 3	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 3 (0,51-0,60)			471	-12%	≥ 590	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Attuazione DGR 215/2018	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)	Istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)			det.ASUR 438/18	100,00%	Adozione provvedimento formale	✓	
Consultorio	Attivazione Cartella Informatizzata Consultoriale	Numero di Cartelle Attivate			12.098	100%	100%	✓	
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	320	450	64	tempo di attesa previsto 3 Mesi	✓	
contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa LC.	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	470,77	450	1	<=1	✓	
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	105	95	21	tempo di attesa previsto 20 giorni	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
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	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	220	225	44	45 gg medi	✓	
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	443,77	450	1	<=1	✓	
Cure Domiciliari	Numero di giornate di sospensione delle cure domiciliari per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° di giornate di sospensione ADI per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° pazienti terminali			DATO NON DISPONIBILE	< anno precedente	!	
Cure Domiciliari	Percentuale di anziani ≥ 65 anni valutati con il sistema RUG III HC	Numero di anziani trattati in Cure domiciliari residenti nella regione	Popolazione anziana (≥65 anni) residente			100%	valutazione e costante monitoraggio con il sistema RUG III HC di tutti i pazienti con età ≥ 65 anni in regime di cure domiciliari	✓	
Cure domiciliari Sub1- Potenziamento Cure Domiciliari secondo le	Messa a regime della riorganizzazione delle Cure Domiciliari secondo gli standard	Mantenimento dello standard DGR 791/14				SI	SI/NO	✓	
Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti	IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	835	1.480	56%	≥ 42%	✓	
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	342	1.480	23%	≤ 1%	!	Il valore ASUR è in linea con il valore ITALIA (25,2%).
Ospedali di Comunità/Case della salute	Implementare moduli ospedali di comunità/case della salute con i Medici di Medicina Generale	Implementare moduli ospedali di comunità/ case della salute nei distretti gestiti con i Medici di Medicina Generale ai sensi delle DDGRR 746/2016 e 1587/2017				100%	Implementare almeno 1 modulo di ospedale di comunità / casa della salute in ciascun distretto entro il 31/12/2018	✓	
Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	1.282	4.458	28,8%	> 35%	✓	
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	1.975	4.457	44,31%	Incremento del 2,5% rispetto al 2017 (44,42%)	✓	
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 ≤ 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 ≤ a 7 gg	Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	320	864	37%	< 25%	✗	Il valore ASUR è in linea con il valore ITALIA degli ultimi due anni (35,46% nel 2015 e 36,08% nel 2016).
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				Prot. Asur Dg 39579/19	Documentazione inviata entro il 31/01/2019	✓	

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiungi 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Assistenza residenziale	N. residenti anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età >65 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1_R2_R2D_R3			11.032	11.032	≥ 10600	✓	
Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17	Acquisire stabilmente i dati che garantiscono 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				89%	≥ 70 %	✓	
Assistenza semiresidenziale	N. residenti anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale	Numero di anziani (età >65 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture semiresidenziali, per le tipologie di trattamento SR1 e SR2		209	165	-27%	> 2017	✓	
Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Attuazione 13 indicatori di cui al punto D) DGR 1/2015	Attuazione indicatori al punto "D"			FATTO	100,00%	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2019	✓	
Attuazione DGR 857/2015	Indicatori di cui ai punti d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015	Attività di cui d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 realizzate per AAVV			FATTO	100,00%	Relazione su stato attuazione d), art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2019	✓	
Aumento n. sedi n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2018	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2017		mantenimento sedi e orari dell'anno 2016	100%	≥ Valore 2016	✓	
Continuità assistenziale Ospedale Territorio	Avvio richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE)	Documentazione inviata P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio				Prot. Asur Dg 3959/19	Documentazione inviata entro 30/01/2019	✓	
Continuità assistenziale Ospedale Territorio	Implementazione di gruppi di valutazione integrata Ospedale - Territorio per le dimissioni protette	Documentazione inviata P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio				Prot. Asur Dg 3959/19	Documentazione inviata entro 30/01/2019	✓	
Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali	Atti di convenzionamento	Trasmissione completa dei convenzionamenti attivati dall'ASUR per l'anno 2018 divisi per tipologia di struttura di cui alla DGR 1331/2014			Gli atti relativi alla stipula di tutti i convenzionamenti risultano pubblicati nell'albo pretorio	100%	100% delle convenzioni	✓	
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		20.905	21.879	-4,45%	> 21.850	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori	Monitoraggio periodico dell'applicazione delle DD.GG.RR. 110/15 e 111/15 secondo la tempistica concordata nel Gruppo regionale di cui ai Decreti 31/SAN 2016 e 62/SAN 2016	Per ogni periodo monitorato: Numero Questionari correttamente compilati pervenuti	Numero Questionari previsti (13)		i questionari sono stati tutti trasmessi e risultano agli atti degli uffici competenti	13	100%	✓	
Superamento OPG	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale			9	100,00%	Presenza in carico informatizzata da parte dei DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria	✓	

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	ASUR Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
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.					FATTO	100%	Relazione	✓
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			FATTO	100%	Documentazione attestante la centralizzazione	✓
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 2018) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	44.352	868.666	5%	> 2017	✓	
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	8.964.781	9.166.840	98%	≥ 90%	✓	
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	435.383	438.421	99,31%	≥ 99%	✓	
Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2017	(DDD in distribuzione diretta anno 2018 - DDD in distribuzione diretta anno 2017)	DDD in distribuzione diretta anno 2017	7.539.427	45.888.178	16,43%	> 2017 (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	✓	
Incremento segnalazioni ADR	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2017	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	422	89.516	0,47%	≥ 3%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	2.524	2.685	94%	≥ 80%	✓	
Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	% PT verificati sul totale PT	N° PT verificati	N° totale di PT	9.100	9.100	100%	100%	✓	
Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive			18	0%	≥ 3	✓	
Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto			39,25%	> 2017	✓	
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	467.042.568	483.401.388	3,50%	Incremento del 10% rispetto al 2017	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
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 riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovraccitate.	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			FATTO	100,00%	Relazione	✓
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 analogo 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			FATTO	100%	Relazione	✓
Riduzione farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017 (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti ospedalieri anno 2018)		54.761.527	464.656.579	11,79%	< 2017	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata	Δ% Spesa annuale per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2018) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2018)		101.580.451	530.566.797	19,10%	≤ 2018	✓	
Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata 2018				218.736.955	≤ 235.219.986	✓	
Rispetto della compilazione Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA			100%	100%	✓	
	Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti		(N° DDD (ATC2.J01) anno 2017)	-13.553	12.476.327	-0,11%	-11%	✗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso

FLUSSI INFORMATIVI

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiungimento 2018
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)	263.598.264	267.789.000	98,44%	Tra 95% e 105%	✓
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 2018 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2018	1.313.961	1.313.961	100%	100%	✓
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	8	8	100%	100%	✓
Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture			82,8%	75%	✓
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%	100%	✓
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%	100%	✓
Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2016	Numero schede cause di morte registrate anno 2016	Numero totale schede cause di morte anno 2016			100%	100%	✓
Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2017)			100%	100%	✓
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Numero % di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero totale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno)	8.174	8.522	96%	>= 80%	✓
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	17.029	17.813	96%	Valore compreso tra 80 e 120	✓
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	11.086	10.507	105,51%	Valore compreso tra 80 e 120	✓
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Completezza flusso FAR; Completezza dei record validi inviati	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2018	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2017	162	173	93,64%	Valore compreso tra 80 e 120	✓
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.I.A.3.1)	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	72.398.258	81.753.519	89%	>= 65%	✓
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2018 rispetto al 2017	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2018	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2017	5.712	5.948	96,03%	>= 90%	✓
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	7.630	7.630	100%	Valore compreso tra 90 e 100	✓
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero totale di record campi data-ora	554.172	573.507	96,63%	Valore compreso tra 90 e 100	✓
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2018 rispetto al 2017	Numero di interventi del servizio 118 anno 2018	Numero di interventi del servizio 118 anno 2017	283.306	251.263	112,75%	>= 90%	✓
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	312.596	340.558	92%	Valore compreso tra 90 e 100	✓
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	340.558	323.016	105%	Valore compreso tra 90 e 110	✓
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	7	7	100,00%	100%	✓
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	20.549	20.961	98%	Valore compreso tra 90 e 100	✓
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale: Valutazione della completezza del flusso SISM - % di completezza del tracciato di attività territoriale	Numero record validi presenti nel tracciato Anagrafica che rispettano la condizione di integrità referenziale dei traccati di attività territoriale (contatti e prestazioni)	Numero totale record validi presenti nel tracciato Anagrafica	1.416	1.588	89%	>=80%	✓
Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente				-3,53	<= 0	✓
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	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018			100%	100%	✓
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 1 del DM 22.4.2014 e s.m.i. censite nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, comma 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 e s.m.i. collaudate nell'anno 2018			100%	100%	✓
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%	100%	✓

RISORSE UMANE

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2018	ASUR Valore Denominatore 2018	ASUR Valore Indicatore 2018	Asur Valore atteso 2018	ASUR % raggiung 2018
Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero SOS	(N. SOS al 31/12/2018) - (N.SOS al 31/12/2017)	(N.SOS al 31/12/2017)	-1	508	-1	In riduzione	✓
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 31/12/2018) - (N.SOC al 31/12/2017)	(N.SOC al 31/12/2017)	-1	348	-1	In riduzione	✓
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 2018/2020: 1. In linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, oppure; 2. in linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, mediante piano di rientro	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2018/2020: 1. In linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, oppure; 2. in linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, mediante piano di rientro				Tetto di spesa pari a 617.202 migliaia di euro di cui alla Det. 78/2018 e costo consuntivo di 617.199 migliaia di euro rendicontato con nota prot. 38978/2019.	100%	✓
Piano assunzioni	Attuazione piano assunzioni	Documentazione inviata alla P.F. Risorse Umane attestante l'avvenuta attuazione del piano assunzioni entro la data stabilita				Det. 78/2018	100%	✓
Riduzione precariato: Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020				Det. 78/2018- Allegato 6	100%	✓
Riduzione precariato: Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018				Per le stabilizzazioni ex DGRM n. 247/16 tutte le selezioni sono state concluse entro il 31/12/2018, ad eccezione di una procedura dell'AV5, sospesa in autotutela. Per quelle relative all'ex art. 20 del D. Lgs. 75/2017 e s.m.i. tutte le determine di approvazione delle graduatorie sono state approvate entro il 31/12/2018, salvo una procedura dell'AV3 di dirigente psicologo, che ha richiesto tempi più lunghi per valutare una richiesta di riesame circa l'ammissione di una candidata. La relativa graduatoria è stata approvata con atto del DG AV3 n. 378 del 07/03/2019.	100%	✓