

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE  
ASUR  
N. /ASURDG DEL

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022. ADOZIONE

IL DIRETTORE GENERALE  
ASUR

- - - -

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

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

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

- D E T E R M I N A -

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Piano della Performance 2020-2022" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
4. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
5. di trasmettere copia della presente determina al Nucleo di Valutazione Aziendale;

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

Ancona, sede legale ASUR,

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
(Dott. Pierluigi Gigliucci)

**IL DIRETTORE SANITARIO F.F.**  
(Dr. Remo Appignanesi)

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(Dr.ssa Nadia Storti)

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

**Normativa di riferimento:**

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, così come modificato dalla D.Lgs. 74/2017
- Legge regionale 28 dicembre 2010, n. 22 “Disposizioni regionali in materia di organizzazione e valutazione del personale, in adeguamento al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sull'ottimizzazione della produttività, l'efficienza e la trasparenza della pubblica amministrazione”
- Delibera CIVIT n.104/2010 “Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010” –
- Delibera n.112/2010 “Struttura e modalità di redazione del piano della performance (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150)” – Civit
- Delibera n.113/2010 in tema di applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera n.88/2010 agli enti del servizio sanitario nazionale – Civit
- Delibera n.114/2010 “Indicazioni applicative ai fini della adozione del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articolo 30, comma 3, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150) – Civit
- Delibera CIVIT n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance” –
- Delibera CIVIT n.5/2012: “Linee guida ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto”
- DGRM del 28 maggio 2012 n. 768 “L.R. n. 13/2003 e s.m.i. art. 3 comma 2 lett. a - Linee di indirizzo per gli enti del SSR per l'applicazione dell'art. 31, comma 1 e 2 del D.lgs 150/2009, come modificato da D.lgs 141/2011”
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”
- Linee guida per il piano della performance del Dipartimento Funzione Pubblica n. 1 giugno 2017;
- Linee guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance del Dipartimento Funzione Pubblica n.2 dicembre 2017;
- Linee guida per la relazione sulla performance del Dipartimento Funzione Pubblica n.3 novembre 2018.

- Determina del Direttore Generale Asur n. 33 del 31/01/19 “Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell’ASUR Marche - anni 2019-2021”
- Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 2/2019 “Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche -ciclo della performance 2020-2022.
- Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 .”Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”
- DGRM del 8 aprile 2019, n. 415 “Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l’anno 2019”
- D.G.R.M. del 27 dicembre 2019 n. 1658 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2019 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2019-2021 degli Enti del SSR"
- DGRM del 8 aprile 2019, n. 415 “D.Lgs. 171/2016 e s.m.i. Artt. 2, 6, 9 - Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell’ASUR, dell’A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell’A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell’INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2019”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 535 del 1/10/2019 “Relazione sulla Performance 2018 – Approvazione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 736 del 27/12/2019 "Adozione del Bilancio economico preventivo anno 2019 e pluriennale 2019-2021"
- D.G.R.M. del 30 dicembre 2019 n. 1674 "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 2020"
- Determina del Direttore Generale ASUR n. 741 del 31 dicembre 2019 “DGRM 1674/19 – Determinazioni”

### **Motivazione ed esito dell’istruttoria:**

L’art. 10 al comma 1, lett. a), del D.lgs. 150/2009, modificato con D.lgs 74/2017, dispone che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente, entro il 31 gennaio, il Piano della Performance, documento programmatico triennale, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione e quelli assegnati al personale dirigenziale.

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

La Direzione Generale, con Determina ASUR/DG n. 33 del 31/01/2019, ha adottato l’aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell’ASUR, anni 2019-2021.

Il Piano delle Performance 2020-2022 è stato redatto in coerenza con gli obiettivi derivanti dalla programmazione nazionale (tra cui il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria di cui al decreto del Ministero della Salute del 12/3/2019) e regionale (in attesa degli obiettivi 2020, le DGRM 414 del 8/4/2019 e DGRM 415 del 8/4/2019, DGRM n. 1674 del 30/12/19). Ai sensi dell'art. 6 del D.lgs. 150/2009, le variazioni che si verificheranno durante l'esercizio, in termini sia di obiettivi sia di indicatori, saranno incluse nella Relazione sulla Performance 2020 e valutate dall'OIV ai fini della relativa validazione, che sarà redatta entro il 30/6/2020.

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

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

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

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

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

Il presente Piano delle Performance 2020-2021, trattandosi di atto di programmazione, non comporta oneri di spesa a carico del Bilancio aziendale.

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

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Piano della Performance 2020-2022" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare i suddetti documenti sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

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

**Il responsabile dell'istruttoria**

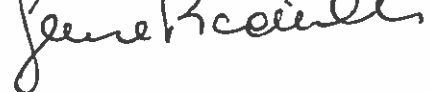
Dott.ssa Laura Donnini



**Il Direttore dell'Area**

**Dipartimentale Controllo di Gestione**

Dott.ssa Sonia Piercamilli



- ALLEGATI -

Allegato A - "Piano della Performance 2020-2022"



*Allegato A*

# **PIANO DELLA PERFORMANCE**

## **2020-2022**

## INDICE

1) Presentazione del Piano: finalità e principi .....	3
2) L'Azienda Sanitaria Unica Regionale .....	4
3) Analisi del contesto esterno e delle risorse .....	6
1. <i>Il territorio e la popolazione assistita</i> .....	6
2. <i>Analisi del contesto esterno</i> .....	7
3. <i>Le risorse economiche e finanziarie</i> .....	14
4. <i>Le risorse professionali</i> .....	17
5. <i>La struttura dell'offerta</i> .....	17
6. <i>I servizi sanitari erogati</i> .....	21
4) Il ciclo di gestione della performance .....	23
5) Il Piano delle Performance 2019-2021 .....	26
1 - <i>Obiettivi strategici (generali)</i> .....	26
2 - <i>Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa</i> .....	27
3 - <i>Piano degli indicatori e risultati attesi 2020</i> .....	32

*Allegato 1: Scheda di Budget*

*Allegato 2: Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2020*



## 1) Presentazione del Piano: finalità e principi

Il presente Piano, in continuità con le edizioni precedenti, individua per il triennio 2020-2022 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi (generali e specifici), nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. 150/2009 e art. 10, comma 8, D.Lgs. 33/2013).

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2) L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

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

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



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

Obiettivo strategico dell'ASUR, pertanto, è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali. Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'ASUR indirizza le Aree Vaste nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori affinché siano garanti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

L'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi,

codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale,..). Per quanto attiene all'Area Sanitaria, l'organizzazione aziendale è regolamentata dalla Determina ASUR n. 742/DG del 31/12/2019, così come modificata dalla determina n. 2/DG del 8/1/2020 con cui si aggiorna l'assetto organizzativo della determina n. 361/DG del 23/06/2017 e sm.i. Il nuovo assetto organizzativo stabilisce le unità operative complesse presenti nelle singole Aree Vaste, raggruppabili nelle seguenti Aree: Dipartimento di Direzione di Area Vasta (Staff), Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Territoriale, Dipartimento Area Medica, Dipartimento di Specialità Medica, Dipartimento Area Chirurgica, Dipartimento di Specialità Chirurgica, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento Emergenze, Dipartimento dei Servizi, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche. Infine, sono previsti undici Dipartimenti funzionali a valenza aziendale e inter-Area Vasta, quali:

- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV1 e AV2 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Cardiologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale del Farmaco;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Diabetologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Diagnostica per Immagini;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Gastroenterologia;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Patologia Clinica;
- il Dipartimento funzionale a valenza aziendale di Radiologia Interventistica e Chirurgia Vascolare;
- il Dipartimento funzionale a valenza inter-Area Vasta AV3, AV4 e AV5 di Riabilitazione;
- Il Dipartimento funzionale di Area vasta AV1 di Riabilitazione;
- Il Dipartimento funzionale di Area vasta AV2 di Riabilitazione.

Relativamente all'organizzazione della Direzione Generale ASUR sono state definite le strutture organizzative di staff e di line con lo scopo di supportare il Direttore Sanitario e il Direttore dell'Integrazione Socio-Sanitaria nello svolgimento delle funzioni di collegamento tra livello strategico e livello operativo.

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

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica, l'organizzazione del Dipartimento Amministrativo Unico Aziendale è stata regolamentata con Determina ASUR n. 238/DG del 14/04/2017, così come modificata con Determina ASUR 264/DG del 05/05/2017; tale organizzazione prevede sette Aree di line (Bilancio, Controllo di Gestione, Affari Generali, Sistemi Informativi, Patrimonio, Acquisti e Logistica e Personale) e tre di staff (Ingegneria clinica, Servizi Amministrativi territoriali e Servizi Amministrativi ospedalieri). Infine, la Direzione Generale è supportata dall'Ufficio Legale e dall'Area Comunicazione-Formazione-URP.

### 3) Analisi del contesto esterno e delle risorse

#### A. Il territorio e la popolazione assistita

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale, si estende su un territorio di 9.401,4 Km<sup>2</sup> (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. Come evidenziato dal documento "Profilo di Salute" della Regione Marche la distribuzione territoriale della popolazione residente nella Regione Marche si è modificata profondamente nel tempo. Nell'ultimo decennio la maggioranza dei marchigiani si è stabilita lungo la costa. La variazione percentuale di popolazione rileva una percentuale di crescita di popolazione dal 2015 al 2018 principalmente nei comuni Costieri o nei Comuni entro un raggio di 5-10 Km dalla costa. La percentuale di superficie in km<sup>2</sup> distribuita per "Area Montana" e "Area non Montana" nei territori della Regione Marche, rileva nell' Area Vasta n.1 una percentuale maggiore di km<sup>2</sup> Area Montana (76% sul totale), Area Vasta n.2 prevalenza in km<sup>2</sup> di Area non Montana (55%), Area Vasta n.3 prevalenza km<sup>2</sup> Area Montana (73%), Area Vasta n.4 prevalenza km<sup>2</sup> Area non Montana (73%) e Area Vasta 5 una percentuale maggiore in km<sup>2</sup> di Area Montana (54%). In tutti i territori della Regione Marche la popolazione residente è situata principalmente nelle Aree non Montane (popolazione Regione Marche residente Area non Montana 1.203.900 il 78,6%), nei territori Montani sono residenti 327.853 abitanti il 21,4% della popolazione complessiva.

La popolazione assistita al 01/01/2019 è pari a 1.525271<sup>1</sup> distribuita in 228 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 162 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

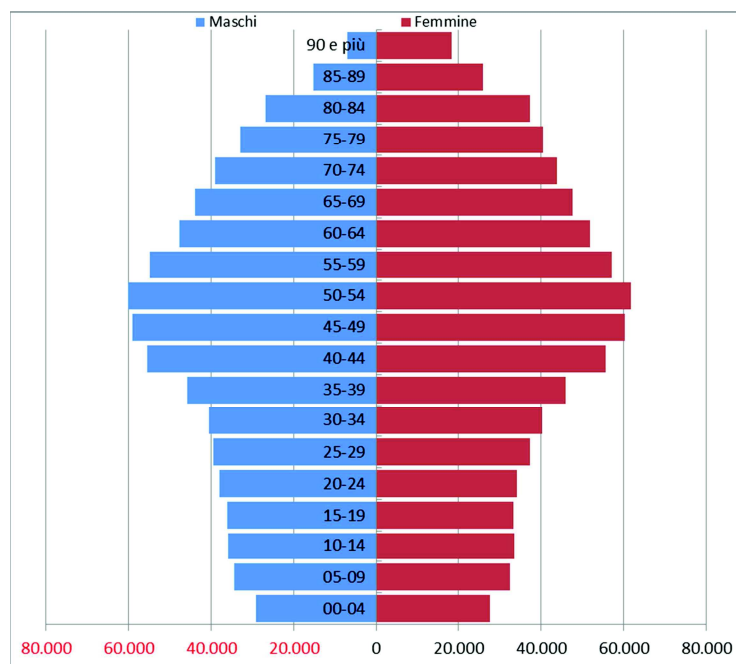
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2019	CLASSI DI ETÀ'							
		Neonati	1-4 anni	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64anni	65-74anni	=>75anni
AV1 PESARO	358.886	2.375	11.086	33.131	59.890	58.282	107.559	40.743	45.820
AV2 ANCONA	483.747	3.217	14.617	44.055	80.409	77.502	143.115	55.553	65.279
AV3 MACERATA	301.659	2.090	9.491	26.733	50.880	49.255	87.696	34.379	41.135
AV4 FERMO	173.800	1.168	5.135	14.989	29.287	28.225	51.793	19.802	23.401
AV5 ASCOLI PICENO	207.179	1.309	6.017	17.380	34.636	33.173	62.455	24.041	28.168
TOTALE	1.525.271	10.159	46.346	136.288	255.102	246.437	452.618	174.518	203.803

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,6 anni e per le donne di 85,9 (dati Istat, 2018), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,8 maschi e 85,1 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 196%, supera di ben 23 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (378.321) rappresentano il 24,8% della popolazione residente (in Italia il 22,8%).

Nel 2019, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -5.805 unità, in proiezione annua si evidenzia un decremento pari a -8.707 unità.

Il grafico in basso, detto "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2019. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultra-sessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

<sup>1</sup> Fonte: ISTAT



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

### B. Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2020-2022 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica.

In particolare, così come indicato nella DGRM 1658 del 23/12/2019 di assegnazione definitiva del Budget dell'anno 2019, il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre lo Stato per l'anno 2019 è stato determinato dall'art. 1, comma 514, della Legge statale di bilancio 2019 in 114.439 milioni di Euro. Tale importo è incrementato di 10 milioni di Euro per il finanziamento dell'attivazione di ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano ai corsi di formazione di cui al D. Lgvo n. 368/1999 (art. 1, comma 518, della Legge 145/2018) e di 25 milioni per il finanziamento dell'attività di compilazione e trasmissione in via telematica dei certificati medici di infortunio e malattia professionale (art. I, comma 526, della L. 145/2018). Alla definizione di tale previsione concorre l'abolizione del "super-ticket" di cui ai commi da 446 a 448 art. 1. della legge di Bilancio 2020 (L. n. 160/2019), nelle more di una più generale revisione del ticket, a decorrere dal 1° settembre 2020.

In data 06/06/2019, sono state sancite le Intese di riparto relative al finanziamento del Fondo Sanitario indistinto, della quota premiale e degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2019.<sup>2</sup>

Il patto per la Salute 2019-2021 (di cui all'intesa Stato-Regioni rep. 2019/CSR del 18/12/2019) conferma il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni 2020 e 2021 rispettivamente pari a Euro 116.474 milioni ed Euro 117.974 milioni.

Per l'anno 2020 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario registra un incremento dell'1,8% rispetto all'anno 2019 (pari a due miliardi di Euro).

Per la Regione Marche la stima del Fondo sanitario indistinto, considerando una quota d'accesso al fondo pari a quella dell'anno 2019, risulta pari a Euro 2.845.177.887 con un incremento rispetto

<sup>2</sup> Si veda la DGRM 1658/19.

all'anno 2019 di Euro 45.944.088 (valore al netto delle entrate proprie ed ante mobilità). Le quote vincolate del Fondo sanitario sono stimate pari a quelle del 2019.

Oltre a ciò, la legge statale di bilancio 2020, come sopra accennato, prevede l'abolizione, a decorrere dal 1° settembre 2020, della quota di compartecipazione al costo in misura fissa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (cd. superticket), in attesa della revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria. Tale disposizione normativa determina una riduzione delle entrate proprie degli Enti del SSR di circa 4,1 milioni di Euro nel 2020 e di circa 12,5 milioni di Euro nel 2021.

L'incremento delle risorse dovrà pertanto finanziare sia la riduzione delle entrate proprie connessa all'abolizione del superticket sia, in continuità con gli anni precedenti, gli oneri per i rinnovi contrattuali del triennio 2019-2021 (prudenzialmente calcolati, per gli anni 2020 e 2021, rispettivamente pari a Euro 23,8 milioni ed Euro 46,3 milioni).

Con la DGRM 1674 del 30/12/2019 di autorizzazione provvisoria alla gestione del Budget 2020 degli Enti del SSR, la Regione Marche ha autorizzato l'ASUR alla gestione provvisoria del proprio Bilancio economico preventivo, assegnando tetto di spesa per l'anno 2019 pari a euro 2.364.767.554 euro (comprensivo di 177.831.431 euro di mobilità passiva extra-regionale), di un livello di entrate proprie di 81.872.000 euro e, infine, di risorse per gli investimenti con fondi correnti di 17 milioni di euro.

La Direzione Generale ha recepito la DGRM 1674/2019 di autorizzazione alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilancio Economico Preventivo 2020 e ha concordato con il Servizio Sanità e Servizio Risorse Finanziarie e Bilancio, alcune linee di azioni strategiche sui fattori produttivi per l'anno 2020 con determina n. 741/DG del 31/12/2019.

Di seguito le azioni strategiche di cui all'Allegato 1 della determina n. 741/DG del 31/12/2019:



<b>DESCRIZIONE</b>	
<b>1 - SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA</b>	
1.1	<i>Prescrizione di farmaci per cronici con confezioni contenenti almeno 28 unità posologiche</i>
1.2	<i>Aumento della distribuzione diretta dei farmaci fino ad un target minimo per disciplina (post visita, post ricovero e residenzialità) con ribaltamento dei costi alla struttura di ricovero</i>
1.3	<i>Implementazione della distribuzione diretta dei farmaci post visita e post ricovero almeno in una struttura privata per Area Vasta</i>
1.4	<i>Avvio procedura di verifica per i MMG che registrano una spesa media per assistito superiore alla seconda deviazione standard (di cui al Verbale del comitato regionale di medicina generale del 16/03/18)- (obiettivo riduzione del 70%)</i>
1.5	<i>Corretto e appropriato utilizzo dei farmaci antibiotici</i>
1.6	<i>Corretto e appropriato utilizzo dei farmaci (esclusi gli antibiotici) che registrano uno scostamento rispetto al consumo procapite nazionale</i>
<b>2- SPESA FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI (OSPEDALIERA, DISTRIBUZIONE</b>	
2.1	<i>Risparmio nuova gara Distribuzione Per Conto (DPC) per compartecipazione (aggiudicazione marzo 2020)</i>
2.2	<i>Corretto ed appropriato utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero</i>
2.3	<i>Prescrizione utilizzo di farmaci biosimilari in luogo degli originator sulla base delle indicazioni di appropriatezza di cui alla DGR 1764/2018</i>
2.4	<i>Istituzione del Tavolo Tecnico per predisporre le linee di indirizzo per l'attuazione della DGR 182/2019 (PTOR)</i>
<b>3- SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI</b>	
3.1	<i>Corretto ed appropriato utilizzo dei dispositivi medici</i>
3.2	<i>Appropriatezza della richiesta di esami di laboratorio e conseguente utilizzo dei reagenti (marcatori tumorali, vitamina D di cui alla DGR 1511/2019, ...)</i>
<b>4- SPESA PER IL PERSONALE</b>	
4.1	<i>Omogeneizzazione degli standard assistenziali per unità operativa</i>
4.2	<i>Corretta applicazione delle disposizioni contrattuali in tema di utilizzo del servizio mensa aziendale</i>
4.3	<i>Approvazione di procedure per l'autorizzazione delle prestazioni aggiuntive</i>
<b>5- SERVIZI APPALTATI E NOLEGGI</b>	
5.1	<i>Gestione appropriata del servizio rifiuti e il relativo controllo</i>
5.2	<i>Revisione dei canoni di affitto e nuove gare</i>
<b>6- ASSISTENZA PROTESICA</b>	
6.1	<i>Corretta prescrizione e ricondizionamento delle protesi ed ausili</i>
<b>7- VALORIZZAZIONE DELLE ENTRATE PROPRIE</b>	
7.1	<i>Istituzione del Tavolo tecnico per la elaborazione della procedura organizzativa in tema di attribuzione del codice per prestazioni di Pronto soccorso (di cui alla DGR n. 1457/2019) e relativa riscossione dei Ticket</i>

Al fine del loro perseguimento, le Direzioni di Area Vasta formalizzeranno con determina le modalità di attuazione di ciascuna linea strategica, dettagliando l'impatto atteso in termini di efficientamento e risorse economiche liberate e individuando i soggetti responsabili di tali azioni.

Alle azioni sui fattori produttivi sopradescritti si aggiungono le azioni sui processi di riorganizzazione al fine di allineare la programmazione regionale a quella nazionale, con la riorganizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria; in particolare, i settori di intervento sono i seguenti:

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

Pertanto, per l'anno 2020 l'ASUR conferma la prosecuzione del processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria socio-sanitaria e dei servizi di supporto, già avviato negli anni scorsi, che coinvolge i seguenti livelli:

**a) Riconversione dei piccoli ospedali in Ospedali di Comunità con attivazione delle cure intermedie:** DGRM 960/2014, DGRM 1696/2012, DGRM 735/2013, DGRM 452/2014, DGRM 1183/2015 e DGRM 1218/2015.

Sono state introdotte, definite ed istituite:

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

**b) Ricognizione, programmazione e sviluppo della Rete Territoriale delle Case della Salute di Tipo A e B:** Determina DG ASUR 469 del 9/9/2018 con la quale è stato approvato l'assetto territoriale della Case della Salute di Tipo A e B comprensivo delle strutture già attive e di quelle programmate da realizzarsi nel triennio 2018-2020;

**c) Cure domiciliari** - DGRM 791 del 30/07/2014 "Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione".

**d) Reti cliniche** L'ASUR Marche dal 2015 ha dato l'avvio alle reti previste nella DGR 1345/2013.

Occorre tuttavia tenere conto degli atti successivamente emanati dalla regione Marche:

DGR n. 2 del 08/01/2018 Revisione delle DGR n. 735/2013, n. 908/2015 e s.m.i. Applicazione del DM 70/2015 per la ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana, di recente modificata con DGR n. 29 del 20/1/2020, che prevede l'assegnazione dei tre comuni di Apiro, Cingoli e Poggio San Vicino al Distretto di Macerata n. 9 rispetto alla attuale attribuzione al Distretto di Jesi n. 5 per tutte le attività di carattere assistenziale sanitarie e socio-sanitarie con conseguente modifica della DGR. n. 1403/2012. Per quanto riguarda la struttura dell'Ospedale di Comunità di Cingoli per la parte relativa al settore dell' Assistenza ospedaliera costituita da Lungodegenza Riabilitativa (30 p.l.), prevista in continuità con lo stabilimento di Jesi del Presidio Unico di A V 2, questa verrà inserita all'interno del Presidio Unico di A V 3 in continuità con lo Stabilimento di Macerata a partire dal 30/03/2020.



DGR n. 639 del 14/05/2018 Ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana in ottemperanza alla DGR n. 2/2018: Revisione delle DGR n. 735/2013, n. 908/2015 e s.m.i. Applicazione del DM 70/2015 per la ridefinizione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana;

DGR n. 1623 del 27/11/2018 - Modifiche alla DGR n. 1554/2018 "Documento tecnico di ricognizione dello stato di attuazione del D. M. 70/2015 avente ad oggetto 'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

d) **Nuovo assetto organizzativo aziendale** (DGRM 551/2013, DG ASUR n. 850/2014 e DG ASUR n. 350/2015, DGR n. 481/2016 e DG ASUR n. 742/2019) nel quale è stato individuato il numero complessivo degli incarichi dirigenziali (strutture complesse e strutture semplici) assegnate alle cinque Aree Vaste in coerenza con la riorganizzazione ospedaliera delle reti cliniche.

Nell'ambito del tetto complessivo di Budget 2020, l'ASUR è altresì tenuta al rispetto dei vincoli a carattere economico che la normativa nazionale e regionale prevede sui singoli fattori produttivi; di seguito, si rappresenta un sintetico elenco, non esaustivo, dei principali vincoli esistenti sull'anno 2020.

❖ Equilibrio e standard qualitativi dei Presidi a Gestione Diretta

Il comma 535 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016) prevede che a decorrere dal 2017 i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure e quelli di economicità applicati alle Aziende Ospedaliere (Piani di rientro di cui ai commi da 521 a 547), si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal DM 21/06/2016 e ad ogni modo previa revisione del Conto Economico di Presidio. Tale modifica è inclusa nel decreto del Ministero della Salute del 24/5/2019 (GU del 25/6/2019). Per l'anno 2019 è prevista una fase sperimentale di acquisizione al Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute (NSIS) del modello CP. Dal 2020 sarà obbligatoria la trasmissione del nuovo modello CP:

❖ Livelli Essenziali di Assistenza

Il D.P.C.M. del 12/01/2017 ha ridefinito e aggiornato i livelli essenziali di assistenza che il Servizio Sanitario Nazionale e Regione sono tenuti ad assicurare ai cittadini residenti; tra le novità si evidenziano nuovi elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti, nuovi nomenclatori per l'assistenza specialistica e protesica e, infine, l'aggiornamento della lista delle prestazioni che il SSN offre gratuitamente e di quella delle patologie per le quali si prevede l'esenzione dal ticket. Con decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 è stato approvato il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi compresi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il nuovo sistema sarà in vigore del 1/1/2020 con sottoinsieme di indicatori "core", previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, sostituirà la Griglia LEA a partire dall'anno di valutazione 2020, come previsto dall'art. 3, comma 6, del D.M. 12 marzo 2019.

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

La Regione Marche ha da ultimo normato l'applicazione del DM 70/2015 con l'approvazione della DGRM 1554/18 recante "Documento tecnico di ricognizione dello stato di attuazione del D.M. 70/2015 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Tale deliberazione costituisce una direttiva vincolante per le Direzioni degli Enti del SSR. Il Nuovo Patto per la Salute 2019-2021 prevede una revisione del DM 70/2015:

❖ Prestazioni inappropriate

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

❖ Prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da soggetti privati accreditati:

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

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

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

❖ Farmaci

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

❖ Dispositivi medici

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

❖ Costo del personale

L'articolo 11 del Decreto Legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella legge 25 giugno 2019, n. 60 ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.e., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale finalizzate a modificare il valore di riferimento su cui parametrare la spesa per il personale salvaguardando l'equilibrio economico finanziario e nel rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il comma 1 della disposizione in esame prevede che : *“A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2021, il predetto incremento di spesa del 5 per cento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e con l'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145”*

Pertanto a seguito dell'entrata in vigore della predetta normativa:

- il vincolo di spesa per il personale è regionale e non più aziendale (DGR n. 82/2019);

- tale vincolo è quello dato dalla spesa relativa all'anno 2018 o, se superiore, da quello della spesa per il personale del 2004, ridotta dell'1,4%;
- i fondi contrattuali sono disciplinati dagli accordi integrativi e dalla normativa vigente;
- il nuovo limite di spesa può essere incrementato nella misura del 5% della variazione del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente.

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

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

Relativamente al personale precario sono vigenti le procedure per il superamento del precariato di cui all'articolo 20 del D.Lgs. 75/2017 in conformità alle indicazioni fornite dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione con circolari n. 3/2017 e n. 1/2018 nonché dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con il documento del 15/2/2018.

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

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

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

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

❖ Acquisto di Mobili e arredi

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

❖ Trasporti

La DGRM 968 del 25/06/2013 e DGRM 131 del 10/02/2014 fissano per gli anni 2013-2016 dei limiti di spesa inderogabili per i trasporti prevalentemente sanitari (euro 19,112 milioni per l'anno 2016) e per i trasporti non prevalentemente sanitari (1,7 milioni di euro per l'anno 2016). Successivamente, la DGRM n. 1637 del 27/12/2016 proroga fino al 31/03/2017 i limiti massimi inderogabili di spesa per l'ASUR relativi ai trasporti prevalentemente non sanitari (DGRM 968 del 25/06/2013) ed i trasporti prevalentemente sanitari (DGRM 131 del 10/02/2014). Infine, con DGRM n. 301 del 29/03/2017 è stato incrementato il tetto di spesa assegnato all'ASUR con riferimento al solo trasporto sanitario per gli anni 2017 e 2018, in misura pari al 15% (euro 21,978 milioni). Il contenuto di tale atto è stato integralmente recepito con Determina ASUR/DG n. 487 del 31/7/2017 e successiva Determina ASUR DG n. 675 del 17/11/2017, che hanno dettagliato i nuovi tetti per singola Area Vasta per gli anni 2017-2018.

❖ Dipendenze Patologiche

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

❖ Residenze Protette

Con D.G.R. n. 1115/2018, è stato attivato un percorso di riqualificazione e di incremento percentuale di convenzionamento dei posti letto nelle residenze protette per anziani che ha portato la percentuale dei posti letto contrattualizzati, su quelli autorizzati ed operativi alla data di rilevazione del 6/8/2018, nelle Aree Vaste 1,2,3 ad una percentuale pari almeno al 66% e ad una percentuale pari al 100% nelle Aree Vaste 4 e 5, ricomprese nel cratere del terremoto. Con DGR n. 1672/2019 la fissato l'obiettivo del 75% dei posti convenzionati su quelli autorizzati e operativi, per proseguire poi nel 2021 con un secondo step pari a ulteriori n.142 P.L. per raggiungere una percentuale dell'80% e arrivare quindi nel 2022 ad un ulteriore incremento di n.173 P.L. fino a raggiungere la percentuale dell'85% dei posti convenzionati.

❖ Nuove Tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale

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

### C. 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.

	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

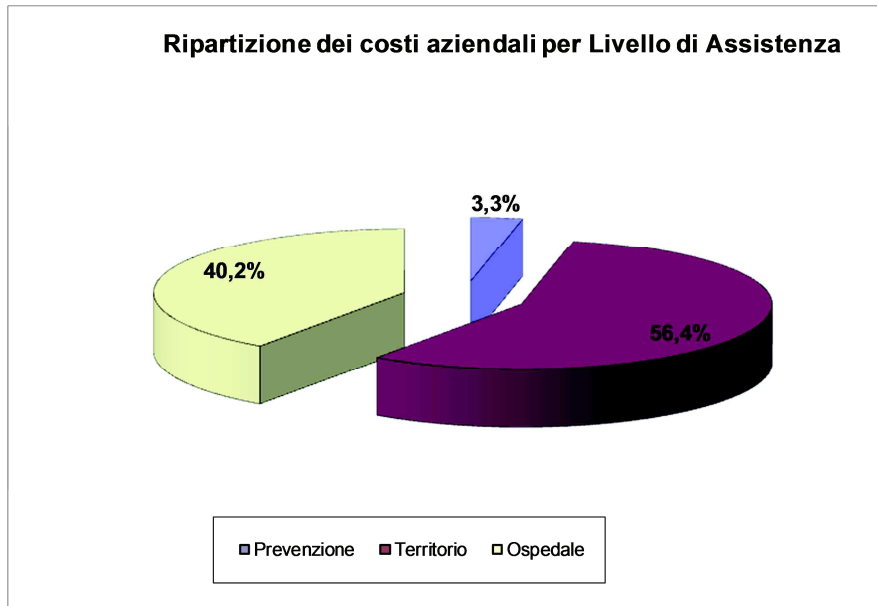
Valori in €

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).

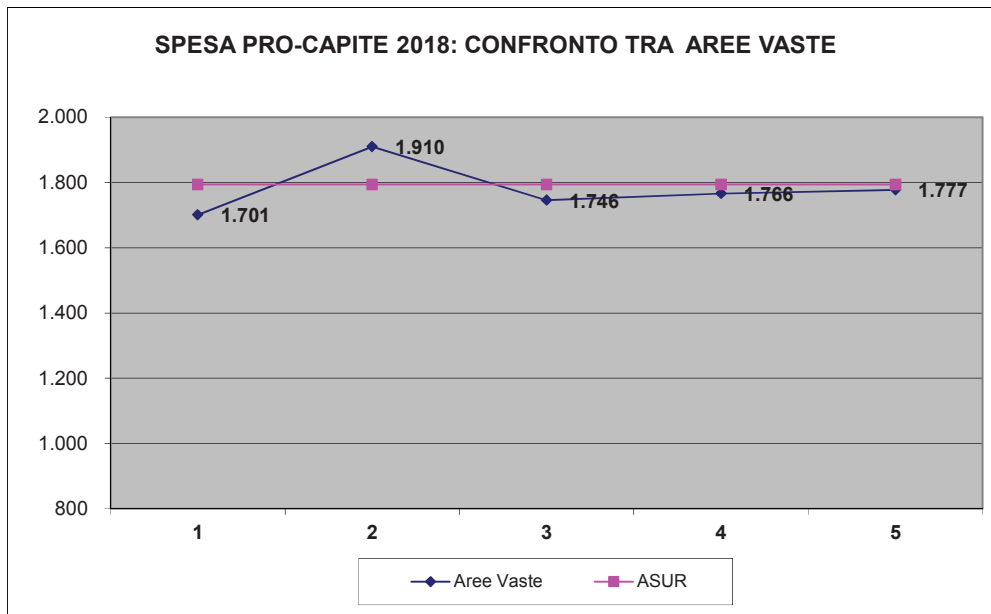
Si veda il Bilancio aziendale 2018 (che risulta l'ultimo bilancio di esercizio approvato con DGR 726 del 18/06/19) riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente.

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

Il grafico seguente 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).



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.

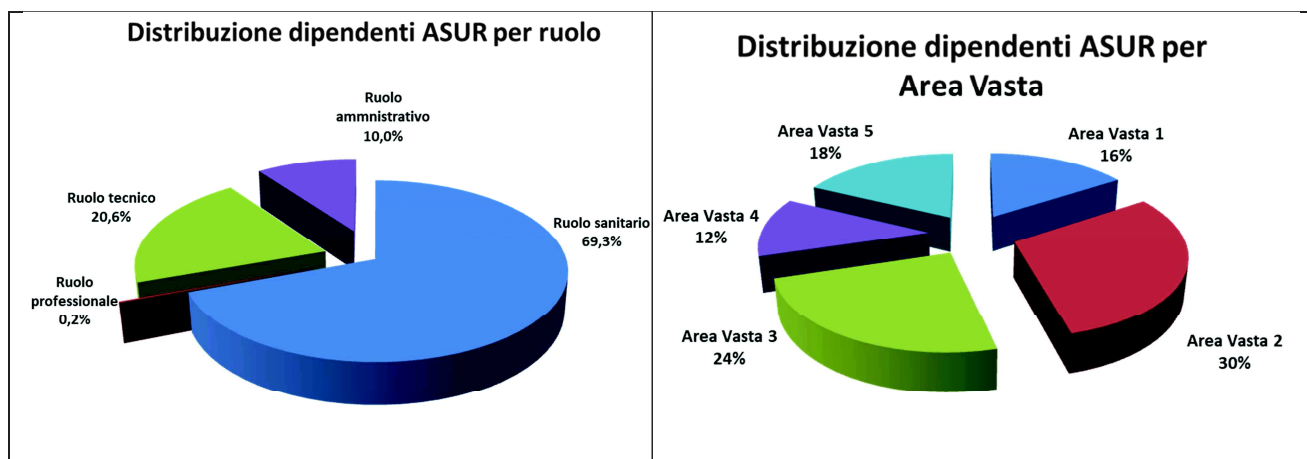




### D. Le risorse professionali

L'ASUR conta 14.103 dipendenti alla data del 31/12/2018<sup>3</sup>, 24 aggiuntivi rispetto all'anno precedente (14.079 nel 2017 al netto di Osimo), così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale.

DOTAZIONE PERSONALE AL 31/12/2018 (TESTE)		TOTALE ASUR	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
RUOLO	AREA						
sanitario	dirigenza medica	2.233	308	656	563	277	429
	dirigenza non m.	336	51	110	74	36	65
	comparto san	7.198	1.111	2.119	1.827	868	1.273
professionale	dirigenza	18	4	6	3	3	2
	comparto	11		3	5	3	
tecnico	dirigenza	31	10	10	4	3	4
	comparto tec	2.869	515	969	601	309	475
amministrativo	dirigenza	65	11	26	13	9	6
	comparto	1.342	223	359	334	170	256
<b>Totale complessivo</b>		<b>14.103</b>	<b>2.233</b>	<b>4.258</b>	<b>3.424</b>	<b>1.678</b>	<b>2.510</b>



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 assistiti<sup>4</sup>.

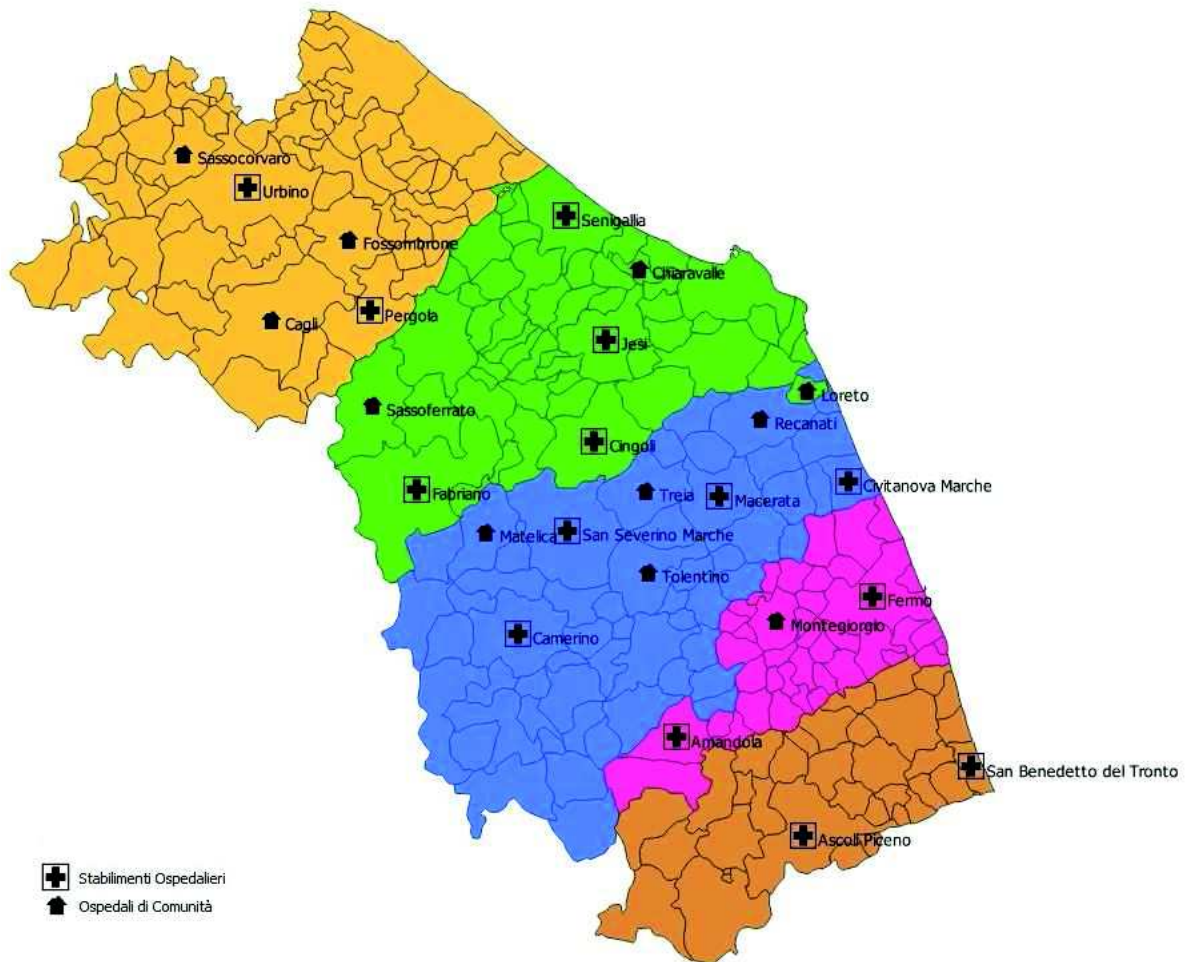
### E. La struttura dell'offerta

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

<sup>3</sup> Fonte: dato Consuntivo 2018.

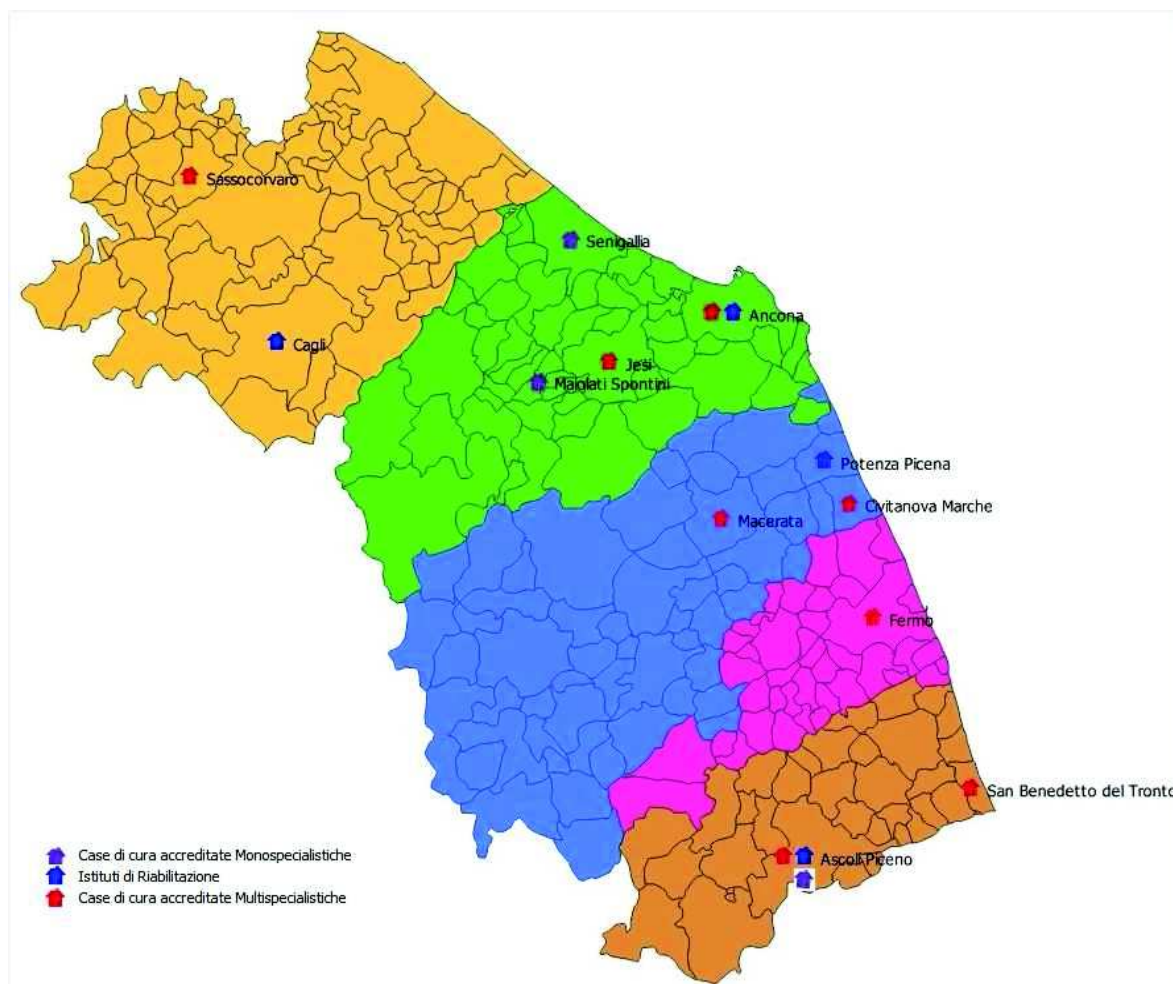
<sup>4</sup> Fonte: Modello FLS 12 Anno 2018.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 25 stabilimenti totali, di cui 14 stabilimenti ospedalieri tra maggiori e minori e 11 riconvertiti in Case della Salute, detti Ospedali di comunità.





A questi si aggiungono 9 Case di Cura Private accreditate Multispecialistiche (di cui due che insistono nel territorio di San Benedetto del Tronto), 3 case di cura Monospecialistiche e 4 Istituti di Riabilitazione.



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

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV 1	01	STABILIMENTO DI URBINO
			02	STABILIMENTO DI PERGOLA
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV 2	01	STABILIMENTO DI SENIGALLIA
			02	STABILIMENTO DI JESI
			04	STABILIMENTO DI FABRIANO
			06	STABILIMENTO DI CINGOLI
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV 3	01	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.
			02	STABILIMENTO DI MACERATA
			03	STABILIMENTO DI CAMERINO
			04	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV 4	01	STABILIMENTO DI FERMO
			02	STABILIMENTO DI AMANDOLA
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV 5	01	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO
			02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

## Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2019)

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

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

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

Fonte: HSP 11 e 12

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 902 unità, comprendenti 63 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).

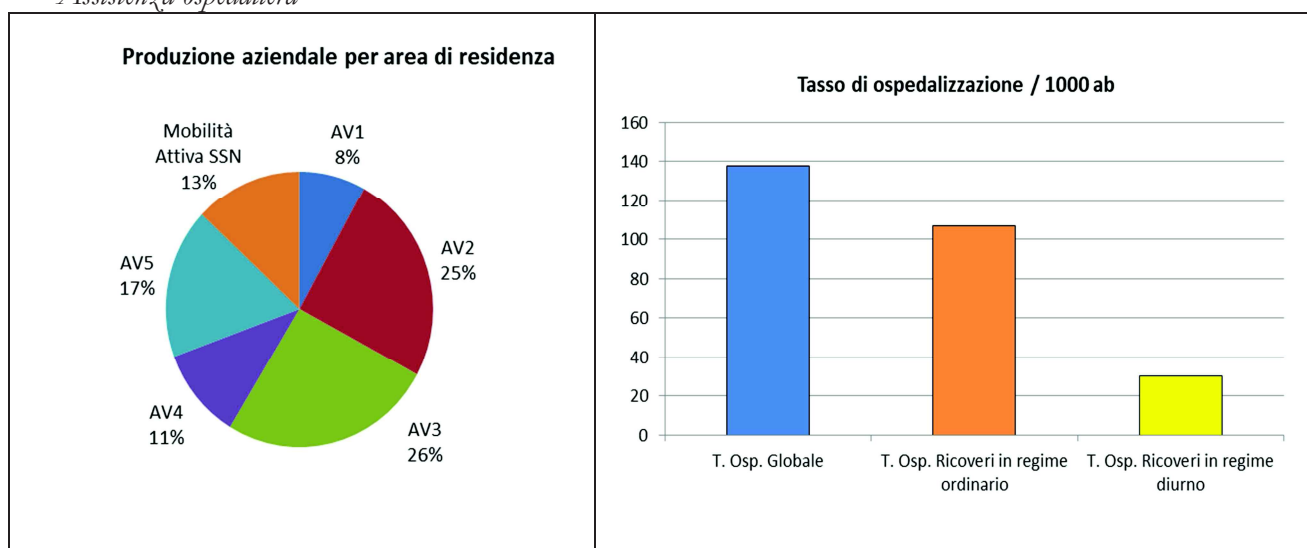
Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria Riab. E Lungod. (cod. 56-60)	Degenza ordinaria escluso precedenti	Totale
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	0	0	32	0	32
110039	KOS CARE SRL - CLINICA VILLA JOLANDA	0	0	15	0	15
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	0	0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

Fonte: HSP 11 e 13

### F. I servizi sanitari erogati

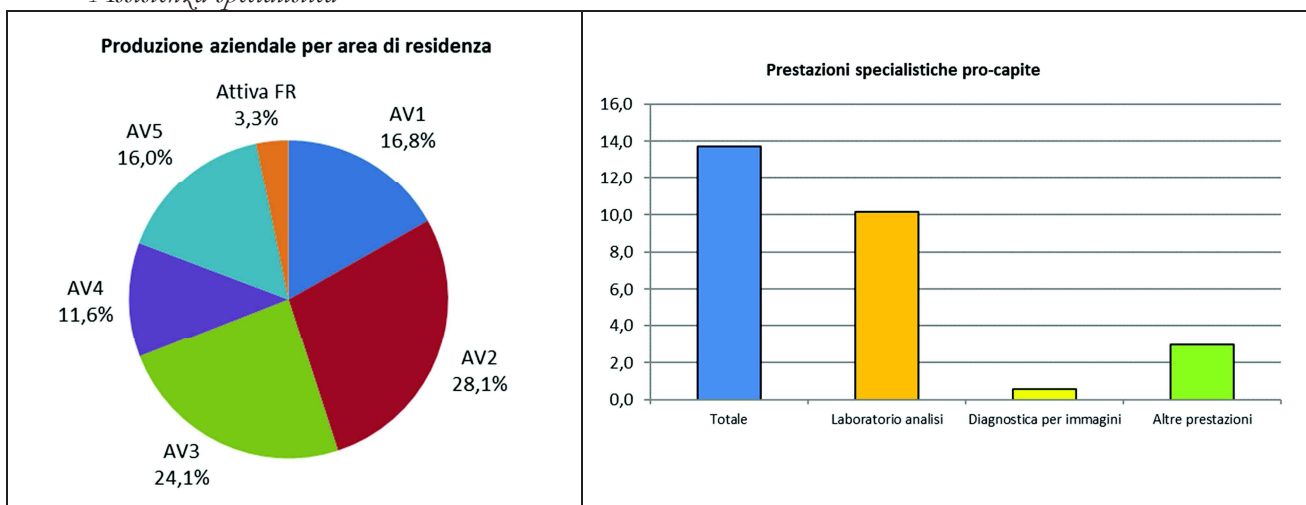
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2018 ha erogato complessivamente 139.824 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 87% ai propri residenti e 13% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 137, con un valore pari a 107 per i ricoveri in regime ordinario e 31 per quelli in regime diurno.

#### Assistenza ospedaliera



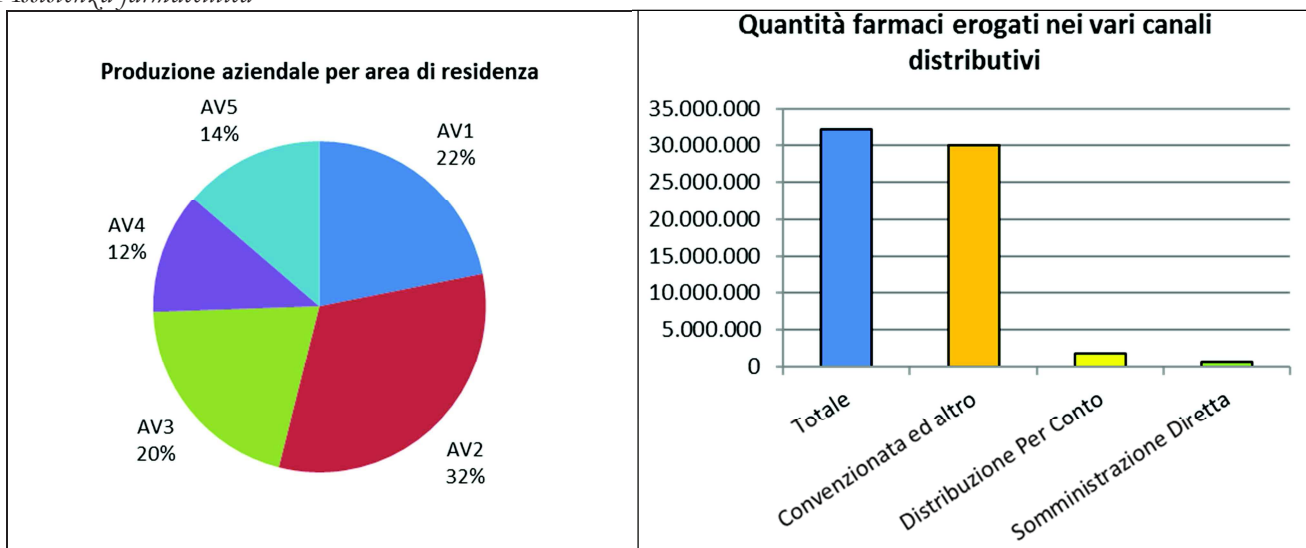
In merito all'assistenza specialistica, nel 2018 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 21.696.361 prestazioni, di cui 97% ai pazienti regionali ed il restante 3% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 13.7 prestazioni per residente, di cui 10.2 prestazioni di laboratorio analisi e 0.6 di diagnostica per immagini.

*Assistenza specialistica*



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio 2018 l'azienda ha erogato complessivamente 32.263.778 di farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 93% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (5%).

*Assistenza farmaceutica*



## 4) Il ciclo di gestione della performance

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

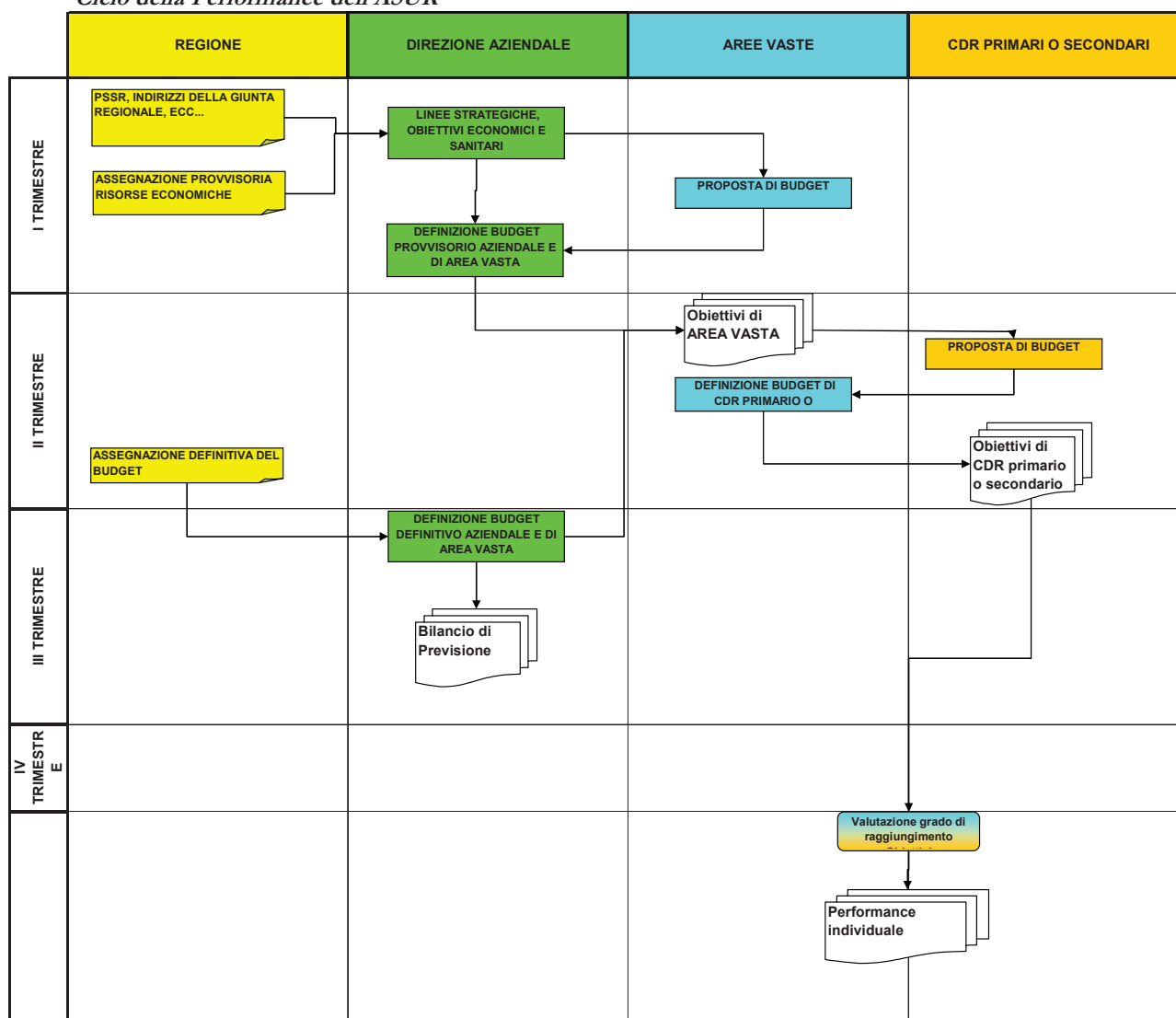
- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10;
-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

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



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

## Ciclo della Performance dell'ASUR



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## 5) Il Piano delle Performance 2019-2021

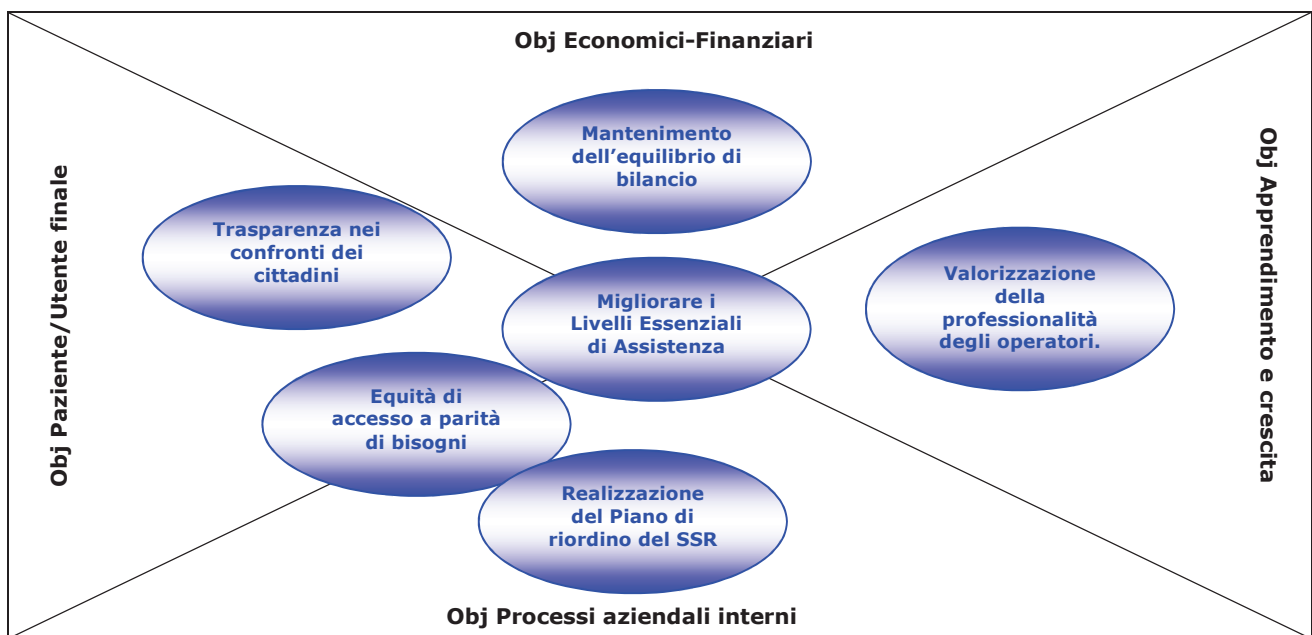
### 1 - Obiettivi strategici (generali)

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2020-2022 scaturiscono direttamente dalla *mission* aziendale (§B1).

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

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

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



#### ➤ **Mantenimento dell'equilibrio di bilancio**

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



➤ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

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

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

L'ASUR anche nel 2020, come già evidenziato, è ancora impegnata alla realizzazione del riordino della rete ospedaliera, finalizzata riduzione della frammentazione ospedaliera, la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute, la riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza e, infine, il riordino delle reti cliniche in coerenza con il D.M. 70/2015.

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

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

➤ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

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

➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

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

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

## ***2 – Gli obiettivi specifici e la performance organizzativa***

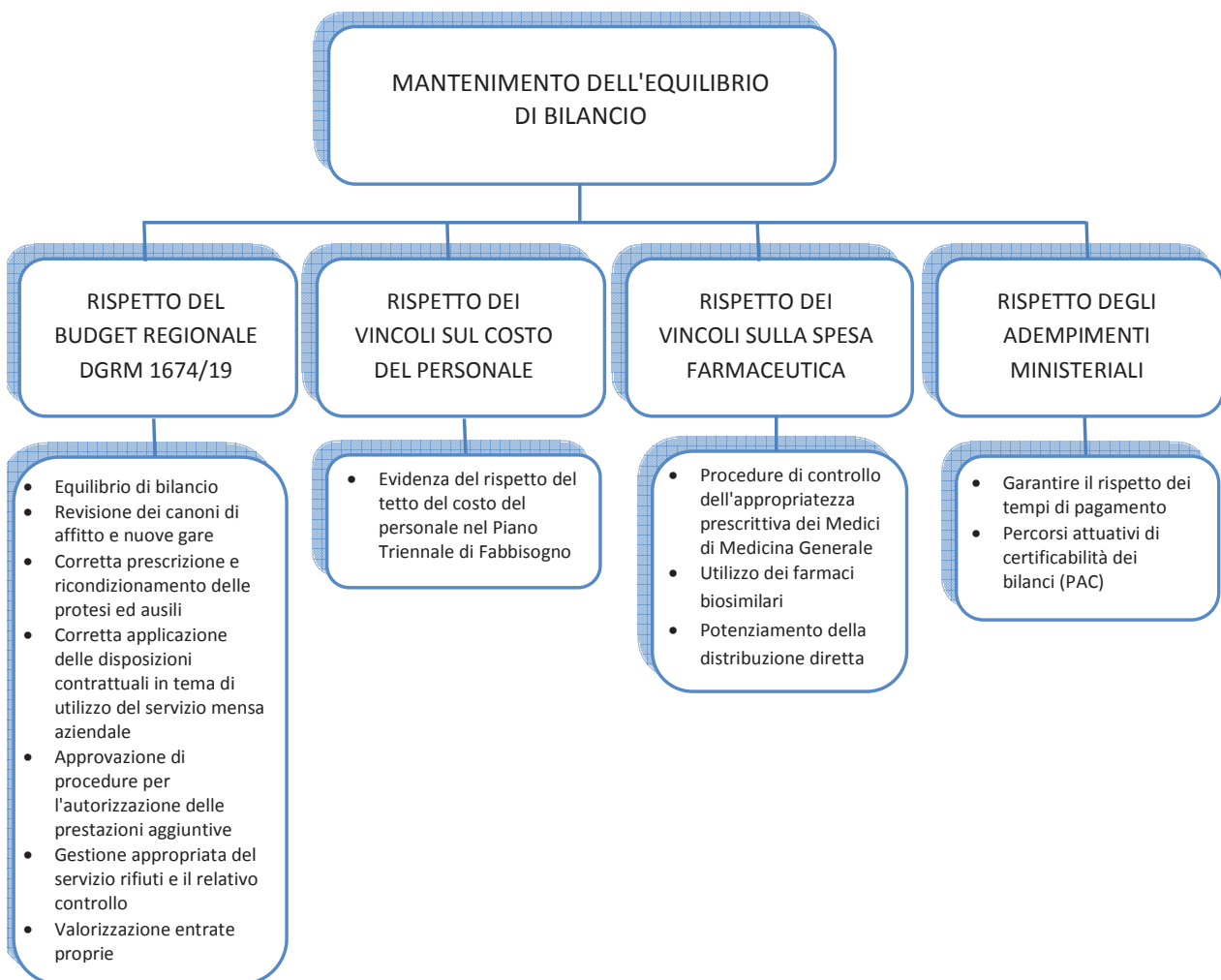
Ai sensi delle linee guida al Piano del Dipartimento della Funzione Pubblica (n. 1/2017) gli obiettivi dell'amministrazione definiti nel Piano della performance, su base triennale, possono essere riferiti sia al funzionamento dell'amministrazione che alle politiche di settore. Per ciascun obiettivo specifico,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

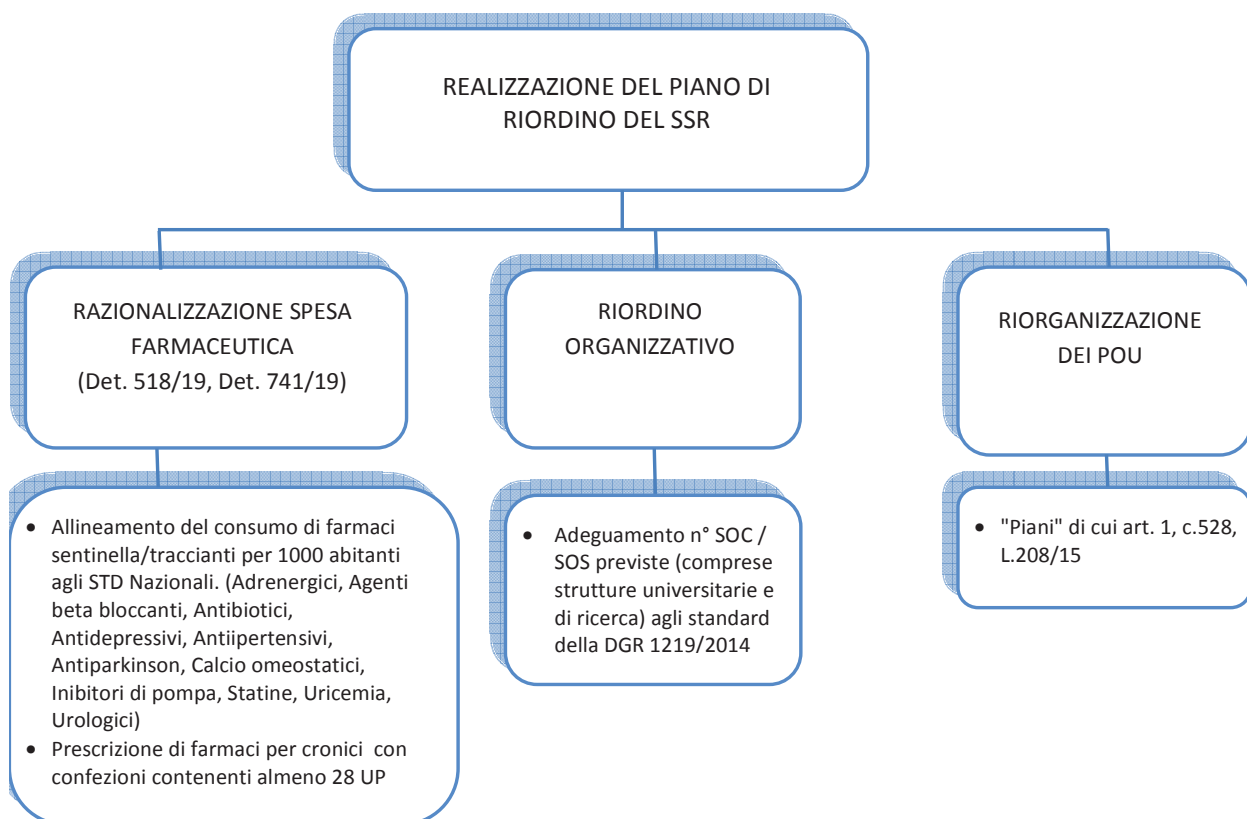
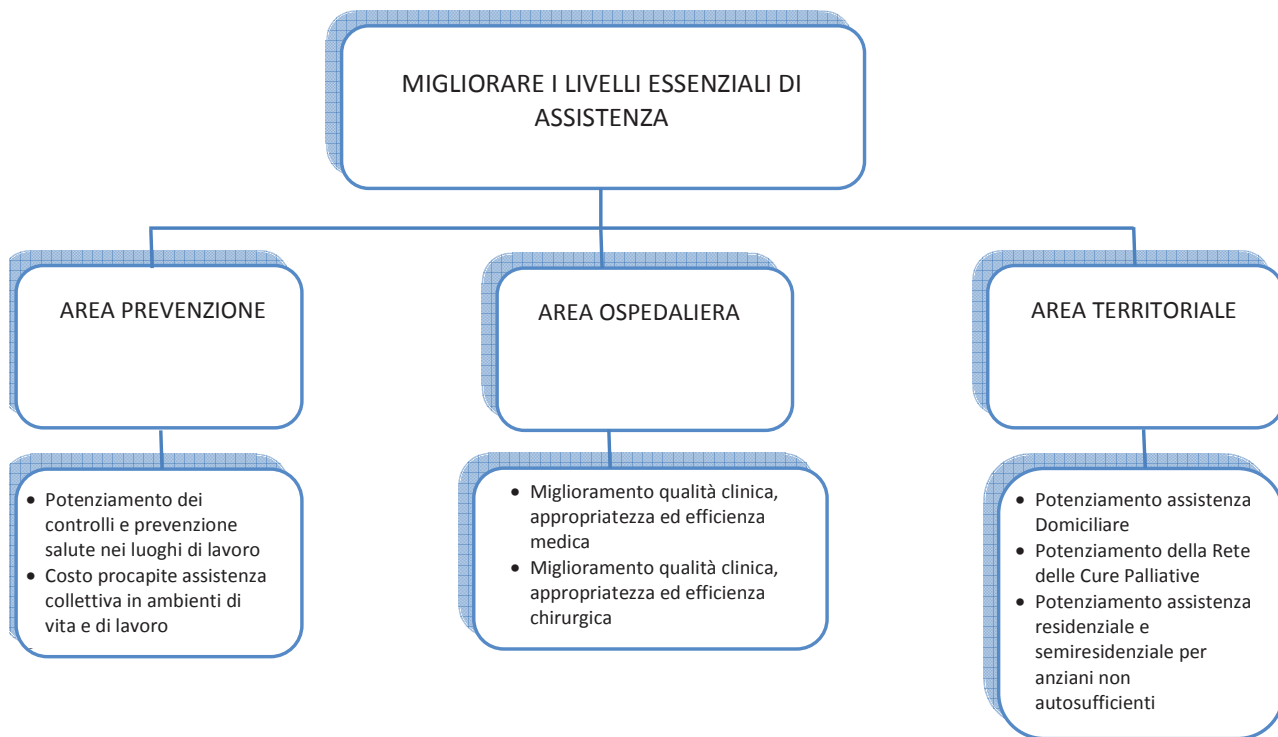
Le linee guida individuano inoltre la performance organizzativa quale elemento centrale del Piano. Essa è l'insieme dei risultati attesi, rappresentati in termini quantitativi con indicatori e target, che deve:

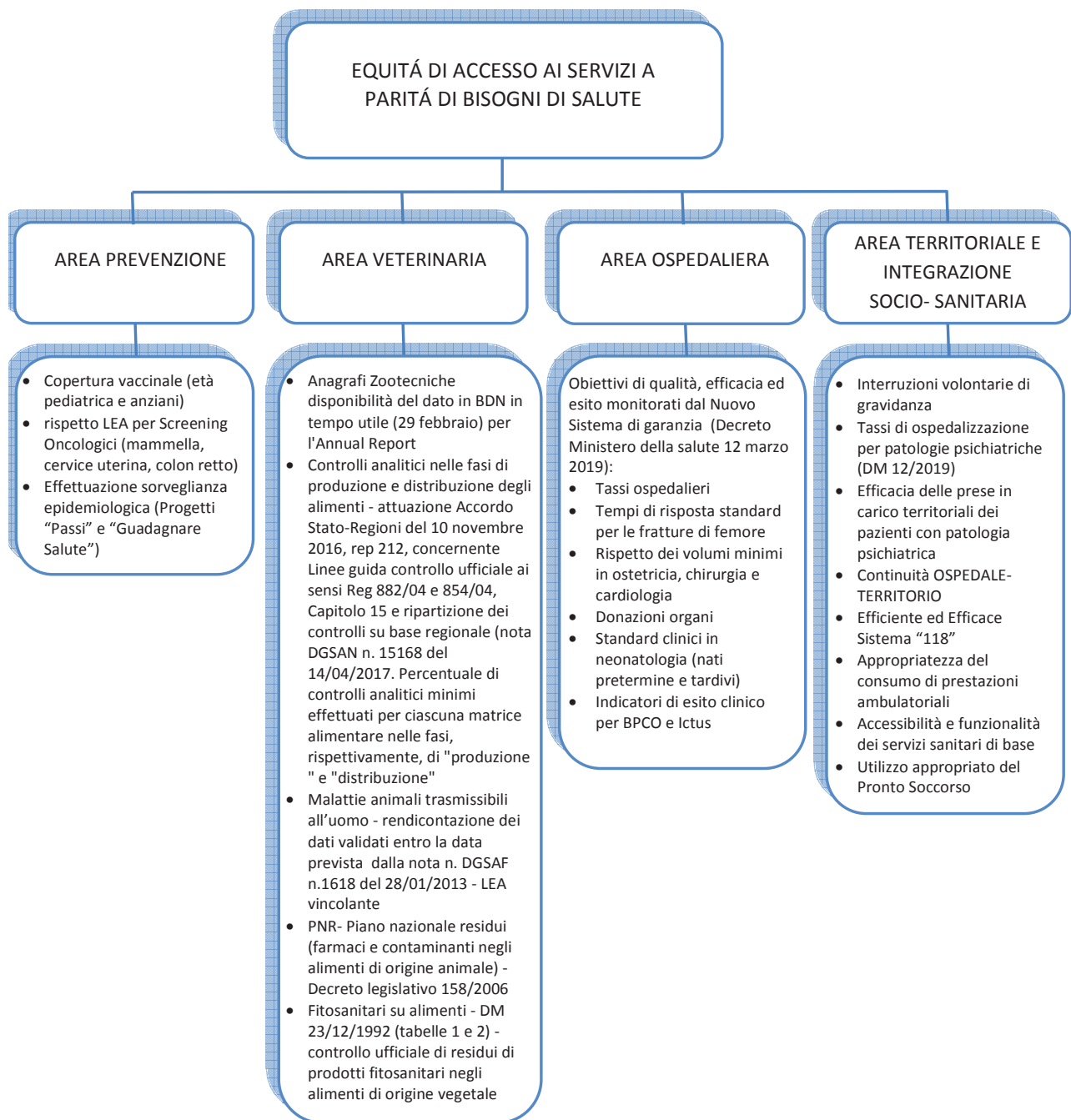
- considerare il funzionamento, le politiche di settore, nonché i progetti strategici o di miglioramento organizzativo di cui agli indirizzi regionali e ministeriali;
- essere misurabile in modo chiaro;
- tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;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

Ad esito della sperimentazione svolta dal Dipartimento della Funzione Pubblica, per il ciclo 2020-2022, il 30 dicembre 2019 è stata adottata dal Ministro per la pubblica amministrazione la circolare n. 2/2019 sugli indicatori comuni relativi alle funzioni di supporto svolte dalle pubbliche amministrazioni, che, per quanto applicabili sono stati individuati nel presente Piano.

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







### TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

- FSE
- Anticorruzione e Trasparenza
- Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa

### SISTEMI INFORMATIVI E SERVIZI DI SUPPORTO

- Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE
- Dematerializzazione ricetta
- Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale

### VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI

- Riduzione precariato
- Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale

### ***3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2020***

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati gli indicatori e risultati attesi per l'anno 2020, che recepiscono la prima bozza di obiettivi che la Regione intende assegnare all'ASUR (allo stato attuale non è stata ancora approvata dalla Giunta Regionale la delibera di assegnazione degli Obiettivi 2020 agli Enti del SSR), nonché il mantenimento dei risultati ancora da perseguire di cui alla DGRM 470 del 16/04/2018 e Det. 460/2018. Infatti, la Regione Marche rimane ancora per l'anno 2019 in attesa dell'approvazione del Nuovo Sistema di Garanzia che andrà a disciplinare la valutazione dell'erogazione dei LEA dei diversi Servizi Sanitari Regionali.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2020 con apposita Delibera di Giunta e rendicontati nella Relazione sulla Performance 2020, così come previsto dall'art. 6 del D.Lgs. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Allegato 2 al presente Piano delle Performance rappresenta per ciascun obiettivo l'elenco degli indicatori e dei risultati attesi per l'anno 2020.

Allegato 1: Scheda di budget

Allegato 2: Obiettivi, indicatori e risultati attesi per l'anno 2020



**Area Vasta n. \_**

**Scheda di Budget**

**Anno \_\_\_\_\_**

**DIPARTIMENTO**

**C.D.R.**

**RESPONSABILE**

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



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

<b>INDICATORI DI PERFORMANCE</b>	<b>BUDGET ANNO N</b>	<b>CONSUNTIVO ANNO N-14</b>	<b>BUDGET ANNO N-1</b>	<b>VAR. ASS.</b>	<b>VAR. %</b>
(si veda il Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2018)					

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

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

## PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
1	Attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute"	prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta	prevalenza anno di valutazione	prevalenza anno precedente a quello della valutazione	>=% sovrapp/obesa, sedentaria e consumo frutta anno precedente	
2	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=95%	93%
3	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	92%
4	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione ≥ 65 anni residente	≥ 75%	52%
5	Copertura vaccinale	copertura vaccinale anti HPV	N. soggetti nel corso del 12° anno di vita vaccinati con cicli completi	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> 70%	30%
6	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	> 95%	91%
7	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	≥ 95%	85%
8	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	63 euro procapite
9	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI	n. di interviste effettuate	n. interviste da effettuare	> 90%	
10	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	> 5%	4,4%
11	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 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target	>50%	54%
12	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 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target	> 45%	44%
13	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 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target	> 40%	37%
14	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei cancro invasivi screen-detected	N° di tutti i cancro screen-detected * 100	< 25%	28%
15	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	100%	100%
16	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende ovi-caprini controllati	N. totale aziende ovi-caprini	> 3% delle aziende	1,77%
17	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	> 5% dei capi	4,91%

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
18	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	1%	0,72%
19	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 DGSA 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	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase	73,22% 85,53% 93,448%
20	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	100%	101,24%
21	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	100%	78,43%
22	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 1099/2099)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	109,09%
23	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	SIVA-VETINFO (NSG)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	> 85%	93,99%
24	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	SIVA-SIGLA	% 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	≥ 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	100,00%
25	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	SIVA-SIGLA	% 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	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	100,00%
26	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	89,91%
27	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%	100,00%
28	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	100,00%
29	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% 81,3%

## ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
30	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione pesata	N. totale di ricoveri ordinari e diurni	popolazione pesata	≤140	141,6
31	"Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	<2019	4,10%
32	CHIRURGIA AMBULATORIALE	Rapporto tra prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) e totale prestazioni trasferibili in regime ambulatoriale	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	<2019	3,80%
33	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	-5%	-79,20%
34	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2019 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 (Vincolante)	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	-13,5% (Tolleranza 20%)	-26,90%
35	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	<0,15	0,10
36	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% 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	>80%	64,10%
37	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	>90%	76,0%
38	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	>15%	23,3%
39	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% 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	>20%	19,4%
40	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	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	<2019	7,30%
41	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	mortalità a 30 giorni dai ricoveri per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	<2019	4,60%

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
42	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. 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	<90	76%
43	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	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	<2019	3,20%
44	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	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	<2019	0,44%
45	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	n. di pazienti che hanno effettuato almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg con la stessa MDC	N. totale di dimissioni	<2019	
46	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	-10% [Tolleranza 20%]	98,70%
47	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza medica	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	-5%	1,70%
48	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Sepsis post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	< Valore Regionale	0,50%
49	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Vincolante)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		<2019	8
50	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche	N. di casi di embolie polmonari o DVT post chirurgiche	Dimissioni chirurgiche	<2019	
51	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura			Relazione	
52	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane	Totali parti	<2019	3,80%
53	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	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	≥ 2019	rpt az. Ospedaliera trapianti organi

## LISTE DI ATTESA

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo
54	Attivazione dei percorsi PIC in diagnostica per immagini per la gestione dei controlli	Incremento % delle impegnative di controllo per diagnostica strumentale emesse da medici specialisti ospedalieri	Numero di impegnative di controllo per diagnostica strumentale emesse da medici specialisti ospedalieri 2020 - Numero di impegnative di controllo per diagnostica strumentale emesse da medici specialisti ospedalieri 2019	Numero di impegnative di controllo per diagnostica strumentale emesse da medici specialisti ospedalieri 2019	+30%	
55	Attivazione dei percorsi PIC nelle visite specialistiche per la gestione dei controlli	Incremento delle impegnative di controllo emesse da medici specialisti ospedalieri	Numero impegnative di controllo per visite emesse da medici specialisti ospedalieri	Totale impegnative di controllo	>2019	
56	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	94%
57	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	96%



## ASSISTENZA TERRITORIALE

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
58	Continuità OSPEDALE-TERRITORIO	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari o decessi (MACCE) a 12 mesi dei sopravvissuti dopo un ricovero per IMA	Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)	Numero di episodi IMA di pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice.	<2019	
59	Continuità OSPEDALE-TERRITORIO	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari o decessi (MACCE) a 12 dalla data di dimissione dopo ricovero ictus ischemico	Numero ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico per i quali entro 12 mesi dalla data di dimissione del ricovero avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti dopo i 30 giorni dal ricovero indice	<2019	
60	Efficiente ed Efficace Sistema "118"	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) (vincolante)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18 minuti	17,50
61	Efficiente ed Efficace Sistema "118"	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati	totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)	<2019	
62	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 0,30)	≥ 4,00 x 1000 (≥ 6.170 assistiti)	≥ 4,00 x 1000 (≥ 6.170 assistiti)	5859
63	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 0,50)	≥ 2,50 x 1000 (≥ 3.870 assistiti)	≥ 2,50 x 1000 (≥ 3.870 assistiti)	3251
64	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (0,51 0,60)	≥ 2 x 1000 (≥ 3.090 assistiti)	≥ 2 x 1000 (≥ 3.090 assistiti)	576
65	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	n. di pazienti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)	Popolazione adulta residente	>2019	4,21%
66	Assistenza Domiciliare	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente	n. di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)	Popolazione minore residente	>2019	0,00003

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
67	Appropriatezza del consumo di prestazioni ambulatoriali	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio analisi	N. prestazioni lab. Analisi	popolazione residente	<2019	9,23
68	Appropriatezza del consumo di prestazioni ambulatoriali	Consumo pro-capite di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	N. prestazioni RM osteoarticolari x1000	popolazione residente >65 anni	<2019	67,15
69	Appropriatezza del consumo di prestazioni ambulatoriali	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza	n. donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza	n. donne in gravidanza	<2019	
70	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	<2019	12,32%
71	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	>2019	61,66%
72	Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Ricoveri ordinari per complicanze per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco per soggetti residenti >18 anni	Popolazione residente in età > 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2020)	-5%	
73	Accessibilità e funzionalità dei servizi sanitari di base	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica per asma e gastroenterite	Ricoveri ordinari per asma e gastroenterite	Popolazione residente in età < 18 anni (popolazione residente 01 gennaio 2020)	-5%	
74	Utilizzo appropriato del Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Report	
75	Utilizzo appropriato del Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Report	
76	Utilizzo appropriato del Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Report	

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
77	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	$\Sigma$ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + $\Sigma$ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	>55%	43,00%
78	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei deceduti per tumore	N. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore	Medi dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	Incremento del 2,5% rispetto al 2017	
79	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice $\leq$ a 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	N. Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice $\leq$ a 7 gg	Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	< 25%	50,97%

## INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
80	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		>41	167/165
81	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante)	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 5%	6%
82	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	N.di ricovri per patologie psichiatriche	Popolazione adulta residente	<2019	
83	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	N. di TSO a residenti adulti	Popolazione adulta residente	<2019	
84	Decreto Ministero della salute 12 marzo 2019 - Nuovo Sistema di garanzia	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	N. di ricoveri di minori con diagnosi principale connessa a problemi psichiatrici	Popolazione minore residente	<2019	
85	Assistenza residenziale	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		>41	

## SPESA FARMACEUTICA

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
86	Corretto ed appropriato utilizzo degli antibiotici in ambito ospedaliero	Tasso di antibiotici ad uso sistemico (J01) escluse cefalosporine (J01DD) su 100 gg di degenza chirurgica ordinaria	Consumi di antibiotici ad uso sistemico (J01) escluse cefalosporine (J01DD) x100	Giornate di degenza chirurgica ordinaria	<202%	230%
87	Nuova gara DPC	Riduzione costo medio dei farmaci Distribuzione Dirette per Conto	Costo medio dei farmaci in DPC 2020- costo medio dei farmaci in DPC 2019	Costo medio dei farmaci in DPC 2019	-3%	66.680.164 +3,62% rispetto al 2018
88	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare INSULINA GLARGINE	DDD Biosimilare (A10AE04)	Totale DDD (A10AE04)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	21%
89	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ENOXAPARINA	DDD Biosimilare (B01AB05)	Totale DDD (B01AB05)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	97%
90	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ERITROPOIETINA	DDD Biosimilare (B03XA01)	Totale DDD (B03XA01)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	57%
91	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare EPOETINE ALFA	DDD Biosimilare (B03XA02)	Totale DDD (B03XA02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	0%
92	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare RITUXIMAB	DDD Biosimilare (L01XC02)	Totale DDD (L01XC02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	54%
93	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare TRASTUZUMAB	DDD Biosimilare (L01XC03)	Totale DDD (L01XC03)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	0%
94	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare BEVACIZUMAV	DDD Biosimilare (L01XC07)	Totale DDD (L01XC07)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	0%
95	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare INFlixIMAB	DDD Biosimilare (L04AB02)	Totale DDD (L04AB02)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	49%
96	Utilizzo dei farmaci biosimilari	% Biosimilare ADALIMUMAB	DDD Biosimilare (L04AB04)	Totale DDD (L04AB04)	≥ 90% [Tolleranza 10%]	3%
97	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Adrenergici	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 R03AK10	Spesa lorda ATC5 R03AK10 * 1000 / 365	Popolazione residente	<6,01	8,17
98	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Agenti beta bloccanti	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 S01ED51	Spesa lorda ATC5 S01ED51 * 1000 / 365	Popolazione residente	<3,74	5,33
99	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici	DDD (ATC2 J01) pro-capite (Convenzionata, DPC e DD)	DDD (ATC2 J01)	Popolazione residente	< 5652	8987,88
100	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antidepressivi	DDD (ATC2 N06) pro-capite (Convenzionata, DPC e DD)	DDD (ATC2 N06)	Popolazione residente	-5% procapite 2019	17,43
101	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antipertensivi	DDD (ATC2 C09) pro-capite (Convenzionata, DPC e DD)	DDD (ATC2 C09)	Popolazione residente	-5% procapite 2019	75,49
102	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antiparkinson	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 N04BC09	Spesa lorda ATC5 N04BC09 * 1000 / 365	Popolazione residente	<1,95	3,34

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
103	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Calcio omeostatici	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 H05AA02	Spesa lorda ATC5 H05AA02 * 1000 / 365	Popolazione residente	<3,41	5,18
104	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Inibitori di pompa	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 A02BC02	Spesa lorda ATC5 A02BC02 * 1000 / 365	Popolazione residente	<12,45	14,86
105	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Statine	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 C10BA02	Spesa lorda ATC5 C10BA02 * 1000 / 365	Popolazione residente	<3,05	4,5
106	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Uricemia	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 M04AA03	Spesa lorda ATC5 M04AA03 * 1000 / 365	Popolazione residente	<2,57	4,09
107	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Urologici	Allineamento al valore medio nazionale per la spesa lorda per 1000 assistibili/die - ATC5 G04CA04	Spesa lorda ATC5 G04CA04 * 1000 / 365	Popolazione residente	<2,93	4,39
108	Potenziamento della distribuzione diretta	Riduzione della spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera	Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2020-2019	Spesa netta convenzionata nei 7gg successivi alla dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e private ASUR 2019	-90%	3.180.660
109	Potenziamento della distribuzione diretta	Avvio distribuzione diretta ospedaliera presso le strutture private accreditate	Avvio distribuzione diretta ospedaliera presso almeno una struttura privata accreditata		Relazione	
110	Prescrizione di farmaci per cronici con confezioni contenenti almeno 28 UP	% confezioni da 28 UP / confezioni da 14 UP			>50%	
111	Prescrizione di farmaci per cronici con confezioni contenenti almeno 28 UP	Costo medio 1 UP spesa PPI in convenzionata			<0,35	
112	Procedure di controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale	Avvio delle verifiche per i MMG che registrano una spesa media per assistito superiore alla 2^ deviazione standard	Spesa per per i MMG che registrano una spesa media per assistito superiore alla 2^ deviazione standard 2020-2019	Spesa per per i MMG che registrano una spesa media per assistito superiore alla 2^ deviazione standard 2019	-70%	21.607.145 (-4,39)
113	Appropriatezza della richiesta di esami di laboratorio e conseguente utilizzo di reagenti	Riduzione dei costi dei Dispositivi Medici diagnostici in vitro	Costo DM diagnostici in vitro 2020 - Costo DM diagnostici in vitro 2019	Costo DM diagnostici in vitro 2019	-9,80%	23.074.850,67 (-2,92%)
114	Corretto ed appropriato utilizzo dei dispositivi medici	Riduzione dei costi dei Dispositivi Medici	Costo DM 2020 - Costo DM 2019	Costo DM 2019	-7,40%	78.225.169,92 (+3,63)

## FLUSSI INFORMATIVI

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
115	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE (B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.)	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi)	Tra 95% e 105%	
116	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 2019)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2019)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2019)	100%	
117	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2018	Numero schede cause di morte registrate anno 2018	Numero totale schede cause di morte anno 2018	100%	



## AREA AMMINISTRATIVA TECNICO-LOGISTICA

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
118	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	100%
119	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 31/01/2021	100%
120	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	100%
121	Anticorruzione e Trasparenza	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2019			Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2020	100%
122	Approvazione di procedure per l'autorizzazione delle prestazioni aggiuntive	Approvazione di procedure per l'autorizzazione delle prestazioni aggiuntive			Procedura di AV	
123	Corretta applicazione delle disposizioni contrattuali in tema di utilizzo del servizio mensa aziendale	Riduzione del costo della mensa	Servizio di ristorazione e mensa per dipendenti al netto dei recuperi	n. dipendenti	<9,44	
124	Corretta prescrizione e ricondizionamento delle protesi ed ausili	Riduzione del consumo procapite	Costo di acquisto di assistenza protesica (0505070101) procapite		< 8,61 euro	10,26 euro
125	Equilibrio di bilancio	Rispetto del Budget assegnato dalla Regione	Scost. % Budget e Valore consuntivo		100% (scost <=0%) 75% (scost >0% e <=0,1%) 50% (scost >0,1% e <=0,2%) 30% (scost >0,2% e <=0,3%) 0% (scost >0,3%).	100%
126	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Riduzione dello stock di debito al 31/12/2020			Rispetto del c. 865 1.145/2018	
127	Gestione appropriata del servizio rifiuti e il relativo controllo	Riduzione del costo dei rifiuti	Costo servizio di rifiuti per giornata di degenza chirurgica		<17 euro	25 euro
128	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti		100%	100%
129	Revisione dei canoni di affitto e nuove gare	Riduzione dei costi per le nuove gare			-3%	
130	Valorizzazione entrate proprie	Istituzione del Tavolo tecnico per la elaborazione della procedura organizzativa in tema di attribuzione del codice per prestazioni di Pronto soccorso (di cui alla DGR n. 1457/2019) e relativa riscossione dei Ticket			Procedura aziendale	
131	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	% Investimenti realizzati rispetto a quelli previsti dalla DGRM 1250/17	Valore investimenti completati nel 2020	Valore totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17	100%	100%

## RISORSE UMANE

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
132	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero Strutture Ospedaliere Complesse	(N. SOC al 31/12/2019) - (N.SOC al 31/12/2018)		<=2019	NO
133	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero SOS	(N. SOS al 31/12/2019) - (N.SOS al 31/12/2018)		<=2019	NO
134	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2019/2021			Evidenza nel Piano Triennale di Fabbisogno 2020-2022	100%
135	Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale				>=70%	
136	Omogeneizzazione degli standard assistenziali per unità operativa	Produzione reportistica sulle differenze rispetto agli standard assistenziali per unità operativa			Relazione	
137	Riduzione precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2020 - N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2019)	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018)	>2019	

## Tessera Sanitaria, Dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2020	Valore pre-consuntivo 2019
138	Dematerializzazione ricetta	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90%	80%
139	Dematerializzazione ricetta	% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialistica trasmesse via comma 11 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 11	<10%	76%
140	Dematerializzazione ricetta	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (Vincolante)	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 75%	36%
141	FSE	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 10 per AV	
142	FSE	Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 10 per AV	
143	FSE	Produzione e trasmissione (metadati) dei referti di laboratorio al Sistema FSE	N.ro dei referti di laboratorio prodotti e trasmessi (metadati) al Sistema FSE	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2019	> 10 per AV	