

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

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE 2016-2018. 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 -

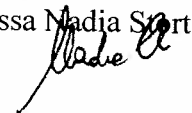
1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento "Piano della Performance 2016-2018" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione "Amministrazione Trasparente";
3. di dare atto che l'adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;
4. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
5. di trasmettere copia della presente determina all'Area Politiche del Personale affinché proceda alla trasmissione alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria;
6. 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;
7. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

Ancona, sede legale ASUR,

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Pierluigi Gigliucci)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Nadia Sperti)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Alessandro Marini)



La presente determina consta di n. 73 pagine di cui n. 67 pagine di allegati in forma cartacea che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
(U.O.C. 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”
- Legge regionale 28 dicembre 2010, n. 22 “Disposizioni regionali in materia di organizzazione e valutazione del personale, in adeguamento al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, sull'ottimizzazione della produttività, l'efficienza e la trasparenza della pubblica amministrazione”
- DGRM del 28 maggio 2012 n. 768 “L.R. n. 13/2003 e s.m.i. art. 3 comma 2 lett. a - Linee di indirizzo per gli enti del SSR per l'applicazione dell'art. 31, comma 1 e 2 del D.lgs 150/2009, come modificato da D.lgs 141/2011”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 18 febbraio 2014 n. 73 “D.Lgs. 33/2013: Piano Triennale Trasparenza ed Integrità dell'ASUR Marche – Anni 2014-2016.”
- 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”
- DGRM del 3 dicembre 2012, n. 1696 “Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini”
- DGRM del 20 maggio 2013, n. 735 “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”
- DGRM del 30 settembre 2013, n. 1345 “Riordino delle reti cliniche della Regione Marche”
- DGRM del 17 aprile 2013, n. 551 “Articolo 12, lettera b) Patto per la Salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del Servizio Sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012”
- DGRM del 17 maggio 2013, n. 920 “L.R. n. 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle Potes nel territorio regionale”
- Delibera n.104/2010 “Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010” – Civit
- Delibera n.112/2010 “Struttura e modalità di redazione del piano della performance (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150)” – Civit
- Delibera n.113/2010 in tema di applicazione del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera n.88/2010 agli enti del servizio sanitario nazionale – Civit

- Delibera n.114/2010 “Indicazioni applicative ai fini della adozione del Sistema di misurazione e valutazione della performance (articolo 30, comma 3, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150)”– Civit
- Delibera n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance” – Civit
- Direttore Generale n. 73 del 18/02/2014 avente ad oggetto “D.Lgs. 33/2013: Piano Triennale Trasparenza ed Integrità dell’ASUR Marche – Anni 2014-2016”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 28/07/2014 n. 488 “Piano delle performance 2014 - 2016 - Adozione”
- D.G.R.M. del 7 agosto 2014 n. 977 “L.R. n. 13/2003 art. 3 comma 2 lett. c) - Direttiva vincolante per gli enti del SSR in materia di contenimento della spesa del personale”
- D.G.R.M. del 7 agosto 2014 n. 974 “Disposizioni relative alla promozione dell'appropriatezza e della razionalizzazione d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici e del relativo monitoraggio”
- D.G.R.M. del 27 ottobre 2014 n. 1219 “Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione 551 del 17/04/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 262 del 07/04/2015 “Piano della Performance 2015-2017. Adozione”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 491 del 08/07/2015 “D.Lgs. 33/2013: Adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità dell’ASUR Marche - anni 2015-2017”.
- D.G.R.M. del 7 agosto 2015, n. 665 “Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l’anno 2015”;
- D.G.R.M. del 7 agosto 2015, n. 666 “Art. 3 bis, comma 5 del D.lgs 502/92 - Art. 3 comma 2 lett. p) bis L.R. n. 13/2003 - Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Approvazione criteri anno 2015”
- Determina del Direttore Generale Asur n. 913 del 24/12/2015, avente ad oggetto “Attuazione DGRM 1088/2011, DGRM 1405/2011, DGRM 1345/2013, DGRM 1219/2014. Punti nascita”;
- Determina del Direttore Generale Asur 914 del 24/12/2015, avente ad oggetto “ Attuazione DGRM 735/2013 e s.m.i. – DGRM 1345/2015. Attuazione Ospedali di Comunità”;
- Determina del Direttore Generale Asur 915 del 24/12/2015, avente ad oggetto “Attuazione DGRM 735/2013 e s.m.i. – DGRM 541/2015. Attivazione rete Emergenza Urgenza”;
- Determina del Direttore Generale Asur 916 del 24/12/2015, avente ad oggetto “Attuazione DGRM 1345/2013; DGRM 1219/2014; DGRM 665/2015; DGRM 666/2015; DGRM 541/2015; Reti cliniche: Attivazione”.

- D.G.R.M. del 30 dicembre 2015, n. 1223 “Assegnazione delle risorse agli Enti del SSR e al DIRMT per l'anno 2015. Disposizioni per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2015 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2015-2017 degli Enti del SSR”;
- D.G.R.M. del 22 febbraio 2016 n. 138 “Controllo atti L.R. 26/96, art. 28. Determina del direttore generale dell'ASUR n. 928 del 31/12/15, concernente “Adozione del bilancio economico preventivo anno 2015 e pluriennale anni 2015 - 2017. Approvazione “
- D.L. 78 del 19 giugno 2015 convertito in Legge n. 125 del 06 agosto 2015 “Razionalizzazione e riduzione della spesa degli Enti Territoriali”

Motivazione ed esito dell'istruttoria:

L'art. 10 al comma 1, lett. a), del D.lgs. 150/2009 dispone che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente, entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio. Tale documento deve individuare per il triennio gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e di relativi indicatori.

Il comma 3 dello stesso articolo prevede inoltre che eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e indicatori della performance organizzativa e individuale siano tempestivamente inserite all'interno del Piano della performance.

La Direzione Generale, con Determina ASUR/DG n. 491 del 8/07/2015, ha adottato il Programma Triennale per la Trasparenza ed Integrità dell'ASUR, anni 2015-2017; è in corso di adozione l'aggiornamento 2016-2018.

Con Det. n. 488 del 28/07/2014, la Direzione ha adottato il Piano delle performance aziendale per il triennio 2015-2017 e con successiva Det. n. 262 del 7/04/2015 ha aggiornato il Piano per il triennio 2015-2017.

In continuità con le precedenti edizioni, è stato predisposto il Piano delle Performance 2016-2018, in aderenza alle disposizioni vigenti in materia. Sono stati pertanto integrati gli obiettivi derivanti dalla programmazione nazionale e regionale (tra cui DGRM 665/2015 e DGRM 666/2015, DGRM n. 1223/15). L'individuazione d'indicatori e pesi omogenei tra le Aree Vaste per la valutazione della performance individuale della dirigenza e del comparto, previsto nel precedente Piano, è rinviato all'aggiornamento 2017-2019 anche ai sensi della Legge n. 32/2015 così come modificata dalla Legge n. 1/2016.

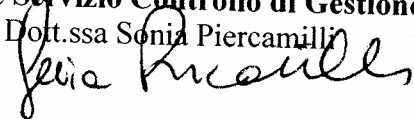
Il Piano delle Performance 2016-2018 è stato validato da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale come da verbale del 11 marzo 2016.

Inoltre, il Direttore Generale ha trasmesso tale documento alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria con nota prot. 5045 del 17/02/2016, non ricevendo osservazioni entro i termini ivi previsti.

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 2016-2018” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell’ASUR nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
3. di dare atto che l’adozione della presente determina non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda;
4. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
5. di trasmettere copia della presente determina all’Area Politiche del Personale affinché proceda alla trasmissione alle Organizzazioni Sindacali Regionali dell’Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria;
6. 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;
7. 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.

Direttore Servizio Controllo di Gestione
Dott.ssa Sonia Piercamilli

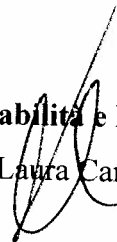


Il Dirigente del Bilancio

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

Area Contabilità e Bilancio

Dott.ssa Laura Cardinali



- ALLEGATI -

Allegato A “Piano della Performance 2016-2018”



Allegato A

DET. 175/59

DEL 16 MAR. 2016

PIANO DELLA PERFORMANCE

2016-2018

INDICE

A) Presentazione del Piano: finalità e principi	3
B) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	3
1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale	3
2 - La popolazione assistita	6
3 - Analisi del contesto esterno	8
C) L'Amministrazione «in cifre»	10
1 - Le risorse economiche e finanziarie	10
2 - Le risorse professionali	13
3 - La struttura dell'offerta	13
D) Il Piano delle Performance 2016-2018	22
1 - Obiettivi e indicatori strategici	22
2 - Obiettivi operativi	24
3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2016	30
E) Il ciclo della performance	45
F) Il sistema di valutazione e misurazione della performance	48
1 - La finalità	48
2 - Il processo di valutazione	48
3 - Il processo di misurazione	49
4 - Gli strumenti di misurazione	50
5 - La corresponsione dei compensi	50

Allegato 1: Schema di Conto Economico del Bilancio di esercizio 2014

Allegato 2: Piano degli indicatori della performance

Allegato 3: Scheda di Budget

Allegato 4: Scheda di valutazione Dirigenza e Comparto (Fac-simile)



A) Presentazione del Piano: finalità e principi

Il presente Piano, in continuità con le edizioni precedenti, individua per il triennio 2015-2018 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. 150/2009 e art. 10, comma 8, D.Lgs. 33/2013).

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

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

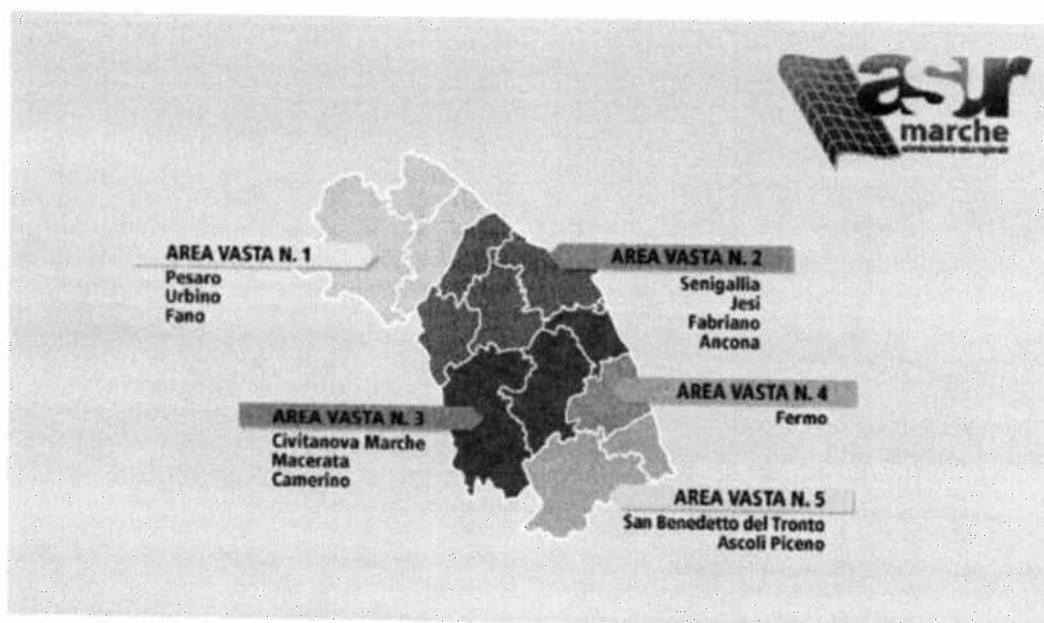
La peculiarità dell'ASUR, quale Azienda unica regionale della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. Ciò anche alla luce delle disposizioni contenute nella L.R. 13/2003 (art. 9, comma 2) che prevedono la contrattazione decentrata integrativa come funzione di Area Vasta fino alla data del 31/12/2016, in quanto la L.R. n. 32 del 28/12/2015 ha trasferito tale funzione all'ASUR a partire dal 1/1/2017.

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

1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

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

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

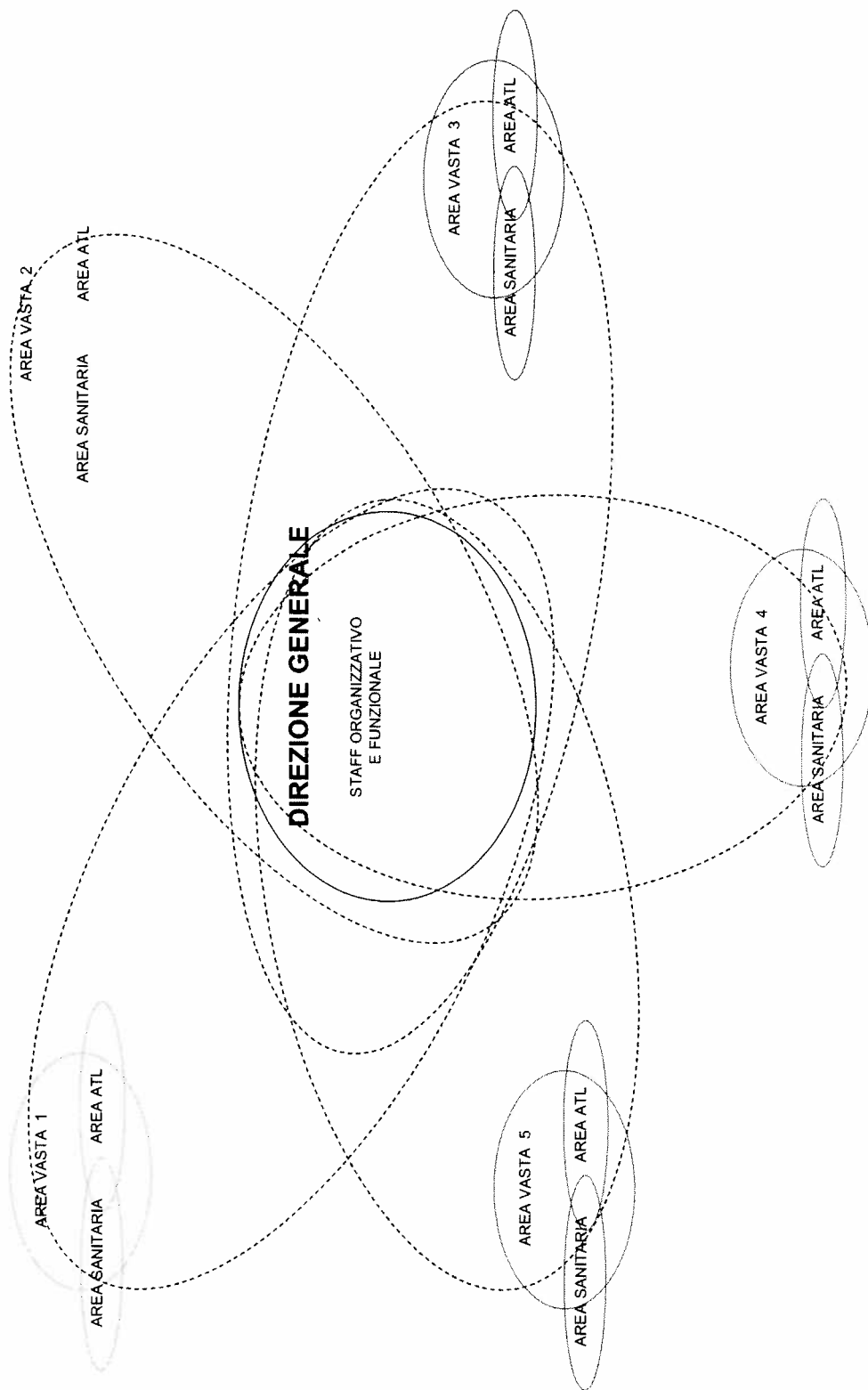


In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di **garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche**. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di **rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari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

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

L'assetto organizzativo-funzionale aziendale, rappresentato nel grafico seguente, 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,...).

Organigramma / funzionigramma aziendale



2 - La popolazione assistita

L'ASUR Marche si estende su un territorio di 9.401,4 Km² (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2015 è pari a 1.550.798¹ distribuita in 236 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 165 abitanti per Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

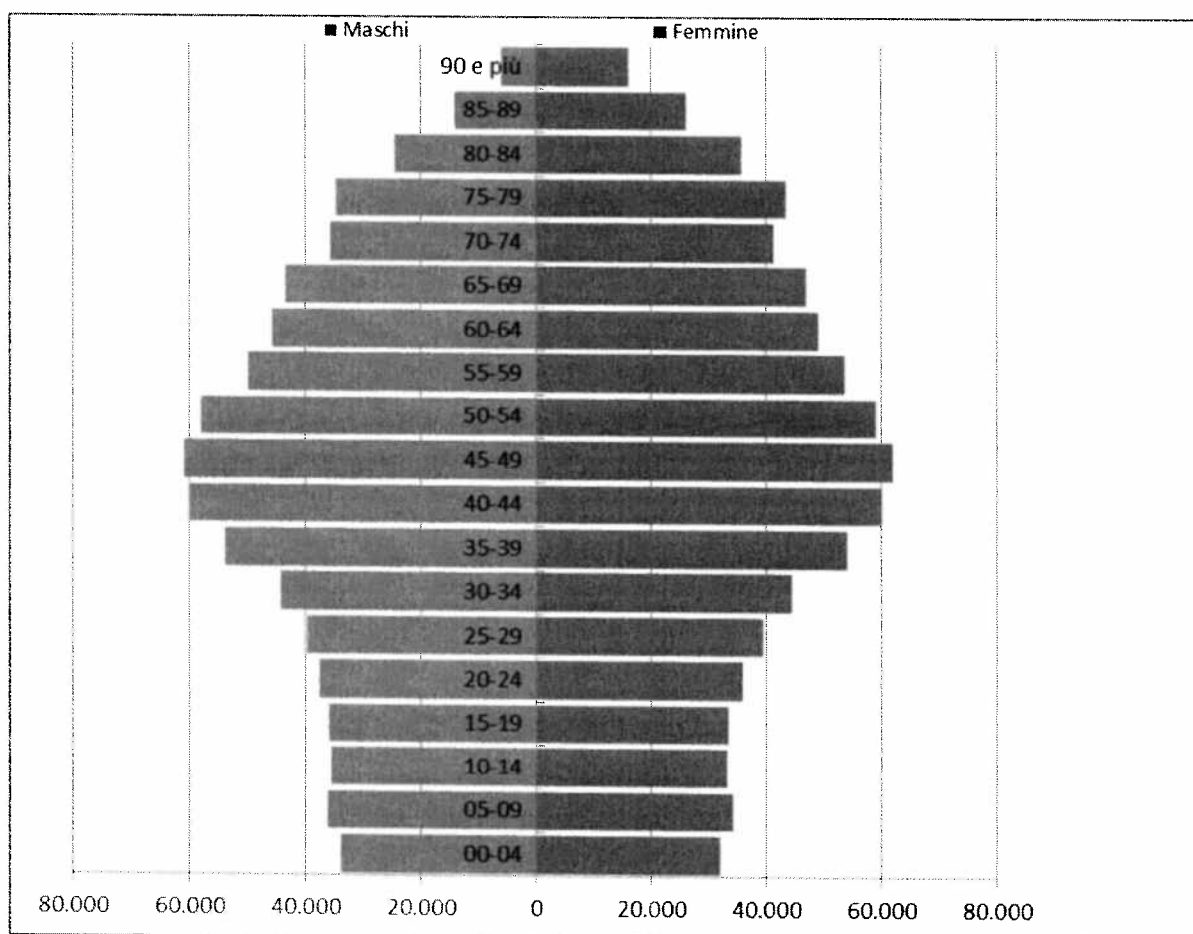
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2015	CLASSI DI ETÀ ¹							
		Neonati	1-4 anni	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64anni	65-74anni	=>75anni
AV1 PESARO	363.353	2.918	13.068	33.687	63.935	63.044	102.842	39.411	44.448
AV2 ANCONA	490.888	3.863	17.091	44.435	85.947	84.028	138.050	53.747	63.727
AV3 MACERATA	308.909	2.515	10.741	27.659	54.297	53.504	86.469	32.645	41.079
AV4 FERMO	176.380	1.306	5.939	15.287	30.667	30.526	50.396	18.612	23.647
AV5 ASCOLI PICENO	211.266	1.640	6.682	17.984	36.899	36.250	60.981	23.229	27.601
TOTALE	1.550.796	12.242	53.521	139.052	271.745	267.352	438.738	167.644	200.502

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,36 anni e per le donne di 85,5 (dati Istat, 2014), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,3 maschi e 85,0 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 180%, supera di ben 22 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (368.146) rappresentano il 23,7% della popolazione residente (in Italia il 21,7%).

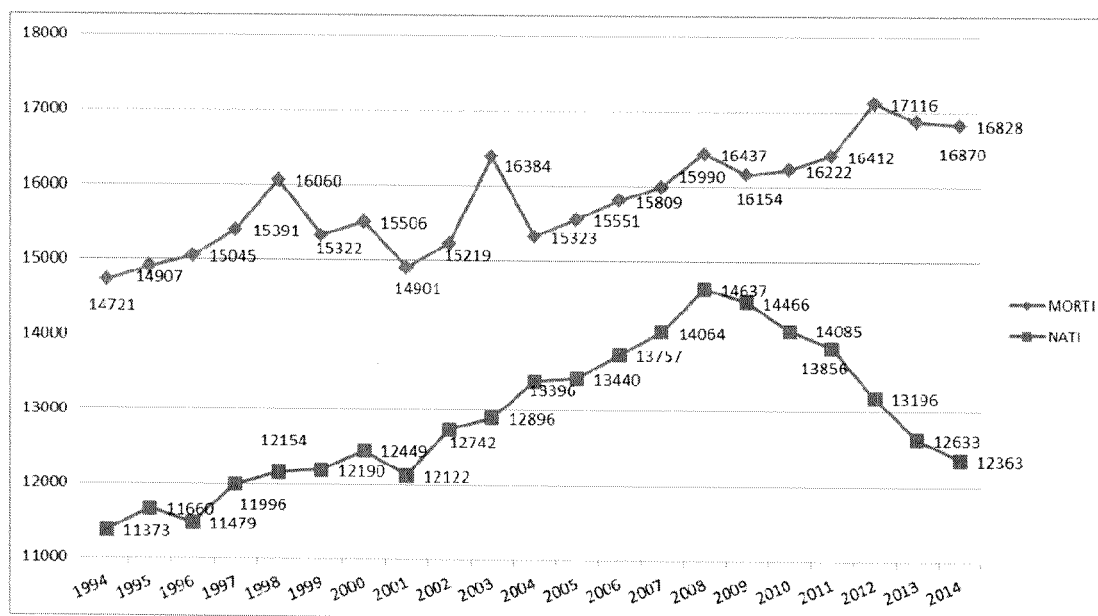
Nel 2015, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale è risultato negativo (-4.463 unità), di nuovo in aumento rispetto al 2013 (pari a - 4.237 unità); il dato provvisorio 2015 conferma il trend in atto, con un saldo naturale negativo, pari a -4.749 unità nei primi otto mesi.

La seguente piramide delle età rappresenta in modo grafico la distribuzione per età della popolazione marchigiana; mostrando come la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito", essa testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare quella femminile, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

¹ Fonte: ISTAT



Di seguito, si rappresenta il numero di nati e dei morti nella Regione Marche nel periodo 1994-2014; nel 2008 si rileva il più alto numero di nascite degli ultimi 14 anni, così come il più elevato numero di decessi, dimostrando che l'incremento demografico complessivo è ancora determinato da un saldo migratorio fortemente positivo. A questo proposito, la percentuale di stranieri residenti nella Regione Marche nel 2011 è pari al 9,4% (contro una media italiana del 7,5%), con una crescita del 5,3% rispetto al 2010. La riduzione netta dei nati e dei deceduti dal 2009 in poi è dovuta all'esclusione nel computo dei residenti dei comuni della Valmarecchia.



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 2013 è risultato nelle Marche pari a 2,40 unità, in linea con la media nazionale (2,34).

3 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2016-2018 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica.

A livello nazionale, infatti, le risorse programmate con il Patto per la Salute 2014-2016 sono pari a 115,444 miliardi di euro per l'anno 2016 e per l'anno 2017.

Rispetto a tale programmazione sono intervenuti i tagli del D.L. 78 del 19/06/2015, che hanno ridotto le disponibilità dell'anno 2015 e seguenti per un importo pari a 2,352 miliardi di euro. Da ultimo, la Legge di Stabilità 2016 ha ridotto ulteriormente le disponibilità del FSN di 2,092 miliardi di euro, fissando a quota 111 miliardi di euro il Fondo Sanitario Nazionale 2016.

Alla luce di tali vincoli normativi ed in attesa di ulteriori interventi normativi, il quadro della programmazione sanitaria regionale dell'anno 2015 è confermato anche per l'anno 2016, in quanto la Regione Marche ha già provveduto ad approvare un complesso processo di reingegnerizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria, "in particolare con la realizzazione di reti integrate, sociali, socio sanitarie e sanitarie, queste ultime nella logica dell'intensità di cura". 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;
- la riconversione delle piccole strutture ospedaliere;

- la riorganizzazione della rete territoriale della Emergenza-Urgenza;
- il riordino delle reti cliniche.

Infatti, con DGRM 551 del 17/04/2013 e successiva DGRM 1219 del 27/10/2014 sono stati definiti i nuovi parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del Servizio Sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012, stabilendo per l'ASUR il limite di 509 strutture semplici e 350 strutture complesse.

Successivamente, con DGRM 735/2013 e 920/13, è stata individuata la nuova dotazione di posti letto, in coerenza con le disposizioni nazionali. In particolare, ai fini del rispetto del 3,7 per mille e della riduzione della frammentazione ospedaliera, è stata prevista la riconversione delle strutture di piccole dimensioni, almeno una per Area Vasta, in strutture sanitarie extraospedaliere per il trattamento del paziente sub-acuto, con l'esclusione di Amandola e di Pergola che mantengono funzioni per acuti, in funzione della collocazione geografica, della viabilità, dell'organizzazione interna, ciò in coerenza con il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2014. Presupposto fondamentale per il nuovo assetto ospedaliero è la riorganizzazione del sistema del soccorso territoriale e dei trasporti sanitari tra i nodi della rete, di cui alla DGRM 920/13 e L.R. 17/13, in una logica unitaria che garantisca uniformità di accesso e di servizio su tutto il territorio regionale.

La riconversione delle strutture di piccole dimensioni è stata programmata in stretta sinergia con la riorganizzazione delle reti cliniche (approvata con DGRM 1345 del 30/09/2013 e successiva DGRM 1219 del 27/10/2014), per garantire la continuità assistenziale nel percorso che prevede diversi livelli di intensità di cure mediante l'accesso alla rete integrata da ciascun nodo del territorio.

Parimenti, l'Azienda ha individuato le linee attuative della riorganizzazione per ciascun settore di attività con le determinazioni seguenti:

- a) Determina 913 del 24/12/2015, avente ad oggetto "Attuazione DGRM 1088/2011, DGRM 1405/2011, DGRM 1345/2013, DGRM 1219/214. Punti nascita";
- b) Determina 914 del 24/12/2015, avente ad oggetto " Attuazione DGRM 735/2013 e s.m.i. - DGRM 1345/2015. Attuazione Ospedali di Comunità";
- c) Determina 915 del 24/12/2015, avente ad oggetto "Attuazione DGRM 735/2013 e s.m.i. - DGRM 541/2015. Attivazione rete Emergenza Urgenza";
- d) Determina 916 del 24/12/2015, avente ad oggetto "Attuazione DGRM 1345/2013; DGRM 1219/2014; DGRM 665/2015; DGRM 666/2015; DGRM 541/2015; Reti cliniche: Attivazione".

C) L'Amministrazione «in cifre»

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

1 - Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.700 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, è rappresentato nel prospetto seguente.

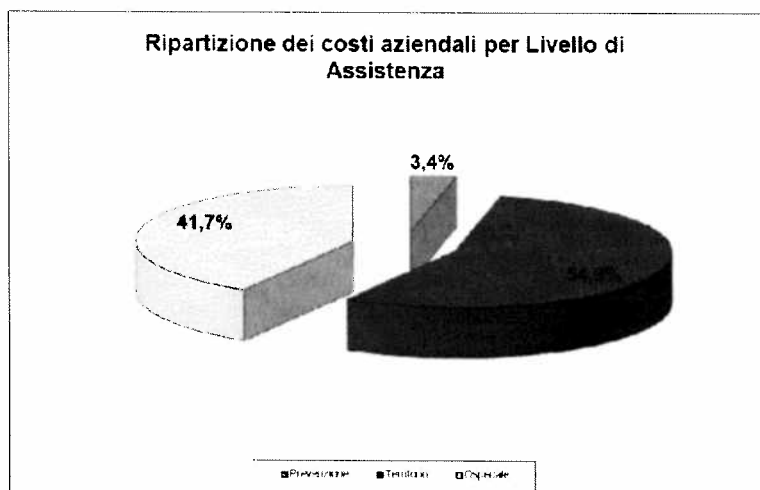
	Esercizio 2014	Esercizio 2013	Esercizio 2012	Esercizio 2011	Esercizio 2010	Esercizio 2009	Esercizio 2008	Esercizio 2007
Risultato di bilancio (Utile)	101.543	11.727.996	6.023.392	61.290	4.071	220.540	4.358.819	58.722

Valori in €

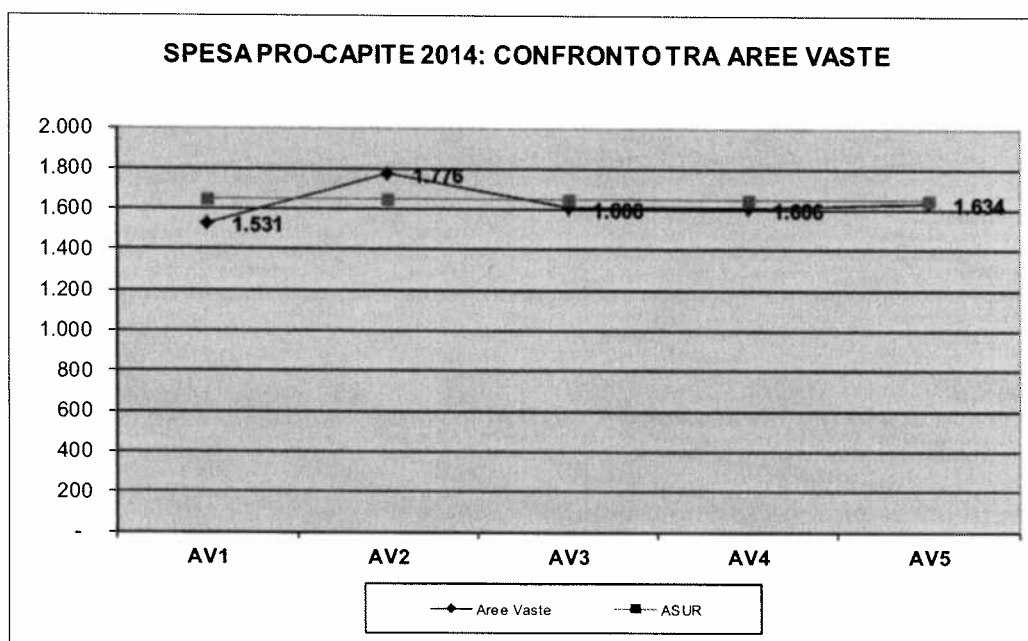
Le risorse a disposizione dell'Azienda (pari a complessivi 2.676 milioni di euro nel 2014) derivano per il 93,7% da contributi regionali ed in via residuale da entrate proprie e ricavi da prestazioni. Tali risorse sono destinate alla copertura dei costi gestionali sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, quali l'acquisto di servizi sanitari (per il 50,4% del totale), il personale (per il 27,8% del totale) e beni e servizi (per il 21,8% del totale). Si veda il Bilancio aziendale 2014 riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2014 - CONS 2013
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	11.623.996	101.543	11.522.453
A1	TOTALE RICAVI	2.687.566.705	2.676.004.880	11.561.825
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.515.587.807	2.508.025.073	7.562.734
A12	ALTRI CONTRIBUTI	6.417.984	3.290.210	3.127.775
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	84.860.208	79.881.784	4.978.424
A14	ENTRATE PROPRIE	70.885.554	68.287.853	2.597.700
A15	RICAVI STRAORDINARI	9.815.152	16.519.961	6.704.809
A2	TOTALE COSTI	2.675.942.709	2.675.903.338	39.371
A21	PERSONALE	748.825.795	743.065.055	5.760.740
A22	BENI	309.800.076	326.483.431	16.683.356
A23	SERVIZI	177.914.259	174.131.653	3.782.606
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	509.052.568	487.461.854	21.590.714
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	151.143.888	156.892.726	5.748.837
A26	SPECIALISTICA INTERNA	19.850.752	20.124.004	273.252
A27	FARMACEUTICA	292.954.466	292.647.497	306.969
A28	MEDICINA DI BASE	174.730.481	173.995.878	734.603
A29	ALTRE PRESTAZIONI	214.749.199	217.170.600	2.421.402
A30	LIBERA PROFESSIONE	18.622.115	19.732.822	1.110.707
A31	AMMORTAMENTI	17.178.116	13.799.069	3.379.047
A32	ACCANTONAMENTI	35.749.830	44.640.213	8.890.383
A33	TRASFERIMENTI	121.962	170.351	48.389
A34	ONERI FINANZIARI	493.185	455.465	37.720
A35	ONERI STRAORDINARI	4.756.017	5.132.718	376.702

Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi 2014, la Prevenzione assorbe il 3,4% (corrispondente a 92 milioni di euro), il territorio il 54,9% (corrispondente a 1.476 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 41,7% dei costi sostenuti (pari a 1.120 milioni di euro).



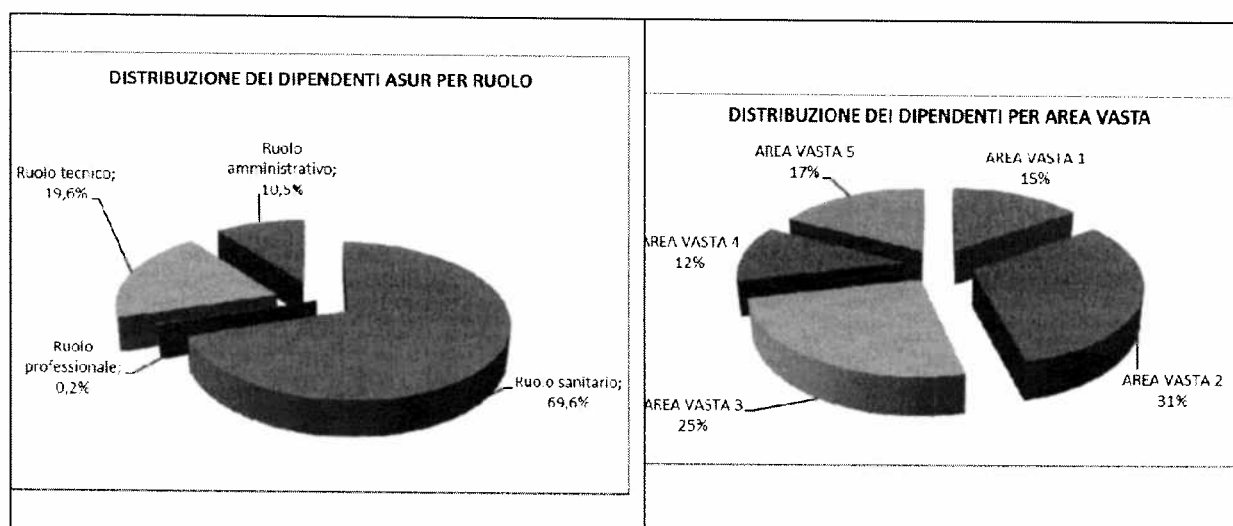
In termini di costo procapite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo procapite pari a 1.672 euro, così come ripartito per singola Area Vasta nel grafico seguente.



2 - Le risorse professionali

L'ASUR conta 13.793 dipendenti alla data del 31/12/2014², così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale.

DOTAZIONE ORGANICA al 31/12/2014		TOTALE TESTE ASUR	AREA VASTA 1	AREA VASTA 2	AREA VASTA 3	AREA VASTA 4	AREA VASTA 5
RUOLO	AREA						
sanitario	dirigenza medica	2.254	285	693	576	259	412
	dirigenza non m.	289	52	99	61	28	36
	comparto san	7.059	1.027	2.131	1.787	842	1.181
professionale	dirigenza	15	3	4	3	3	3
	comparto	15	3	4	6	3	-
tecnico	dirigenza	35	10	12	5	3	6
	comparto tec	2.675	455	859	618	288	429
amministrativo	dirigenza	71	10	24	16	9	15
	comparto	1.380	229	401	354	163	254
		13.793	2.074	4.227	3.426	1.598	2.336



L'Azienda opera altresì mediante 1.159 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.352.974 unità, e 178 pediatri di libera scelta, che assistono 165.563 assistiti³.

3 - La struttura dell'offerta

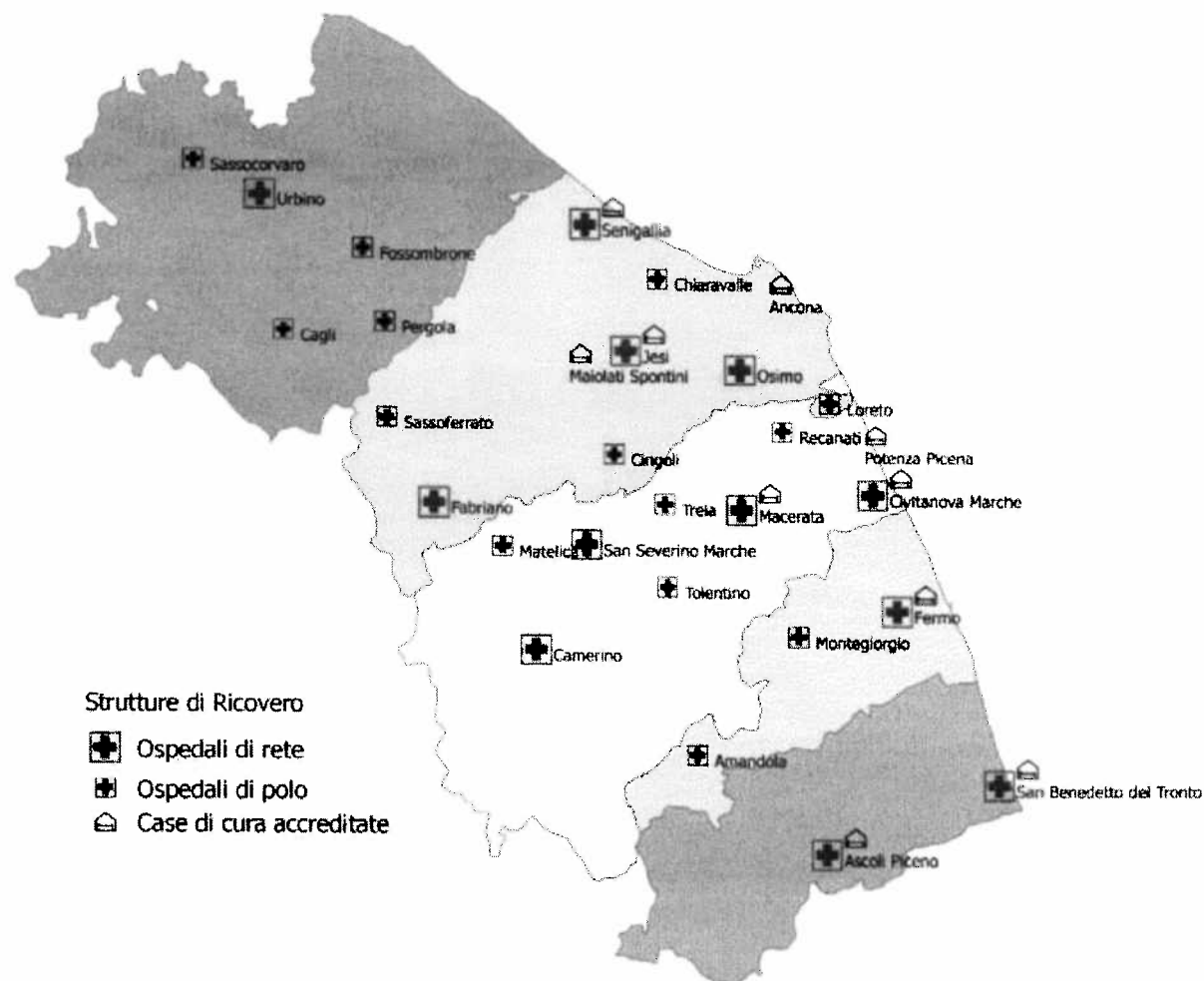
Per quanto attiene alla struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri

² Fonte: dato Consuntivo 2014.

³ Fonte: Modello FLS 12 Anno 2014.

pubblici e Case di cura private), specialistiche (suddivise per tipologia di attività svolta: clinica, diagnostica per immagini, laboratori analisi, consultori e attività psichiatrica), residenziali e semiresidenziali.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 26 stabilimenti raggruppati, in 12 stabilimenti maggiori (nominati ex ospedali di rete) e 14 stabilimenti minori (nominati ex ospedali di Polo) oggetto per la massima parte di riconversione. A questi si aggiungono 13 Case di Cura Private accreditate, come da prospetto e mappa seguenti.



Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2014)

Area Vasta	Codice struttura	Descrizione struttura	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	OSP. S. MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO
			02	OSPEDALE SS. DOMINICO E CARLO - PERGOLA
			03	OSPEDALE CELLI - CAGLI
			04	OSPEDALE LANCIARINI - SASSOCORVARO
			05	OSPEDALE CIVILE - FOSSOMBRONE
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	PRESIDIO OSPEDALIERO Z.T.4 - SENIGALLIA
			02	OSPEDALE CARLO URBANI
			03	OSP. SS. BENVENUTO E ROCCO - OSIMO
			04	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI" - FABRIANO
			05	OSPEDALE SANTA CASA - LORETO
			06	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI
			07	OSP. S. ANTONIO ABA TE - SASSOFERRATO
			08	OSPEDALE M. MONTESORI - CHIARAVALLE
AV3	110008	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CANTANOVA
			02	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA
			03	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO
			04	OSPEDALE B. EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.
			05	OSPEDALE DI TREBA
			06	OSPEDALE DI TOLENTINO
			07	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA - RECANATI
			08	OSPEDALE S. SOLLECITO - MATTEICA
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	OSPEDALE DI FERMO
			02	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE I - ANANDOLA
			03	OSPEDALE DI MONTEGIORGIO
AV5	110006	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	MADONNA DEL SOCCORSO - S. BENEDETTO
			02	OSP. GEN. "C. G. MAZZONI" - ASCOLI PICENO

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2014)

Area Vasta	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipologia Struttura
AV2	110035	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA	Struttura riabilitativa ex art. 26
AV2	110036	CASA DI CURA 'VILLA IGEA'	Struttura multispecialistica
AV2	110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica
AV2	110038	CASA DI CURA VILLA SERENA	Struttura multispecialistica
AV2	110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico
AV3	110052	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	Struttura multispecialistica
AV3	110053	CENTRO OSPEDALIERO S. STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26
AV3	110054	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	Struttura multispecialistica
AV5	110070	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	Struttura multispecialistica
AV5	110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico
AV5	110072	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	Struttura multispecialistica
AV5	110073	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	Struttura multispecialistica
AV5	110074	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLASVERDE	Struttura multispecialistica

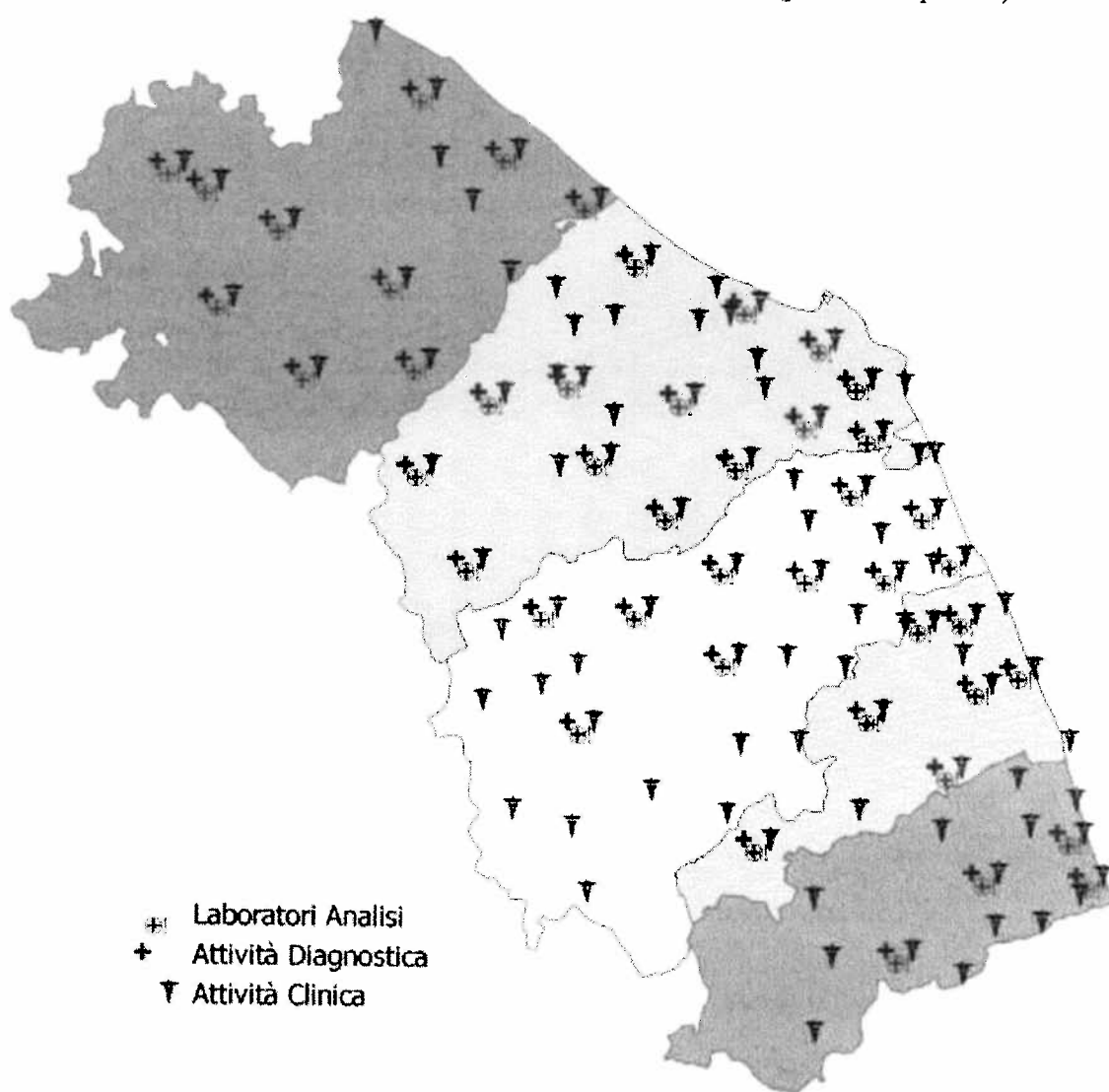
Nell'ambito dell'Area Vasta 1 è attiva la Struttura pubblico-privata Montefeltro Salute SPA che eroga prestazioni di day-surgery e ambulatoriali presso le sedi del presidio ospedaliero unico di Urbino. Inoltre, presso la sede di Ascoli della Casa di Cura S. Giuseppe l'Istituto S. Stefano di P. Potenza Picena svolge attività di riabilitazione ospedaliera ex art. 26.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.193 unità, comprendenti 398 posti letto di DH/DS, 462 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.333 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti)⁴.

I posti letto delle Case di Cura private regionali sono pari a 914 unità, comprendenti 69 posti letto di DH/DS, 360 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 485 posti letto ordinari.⁵

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta territoriale, l'Azienda opera mediante 292 strutture territoriali a gestione diretta e 251 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11).

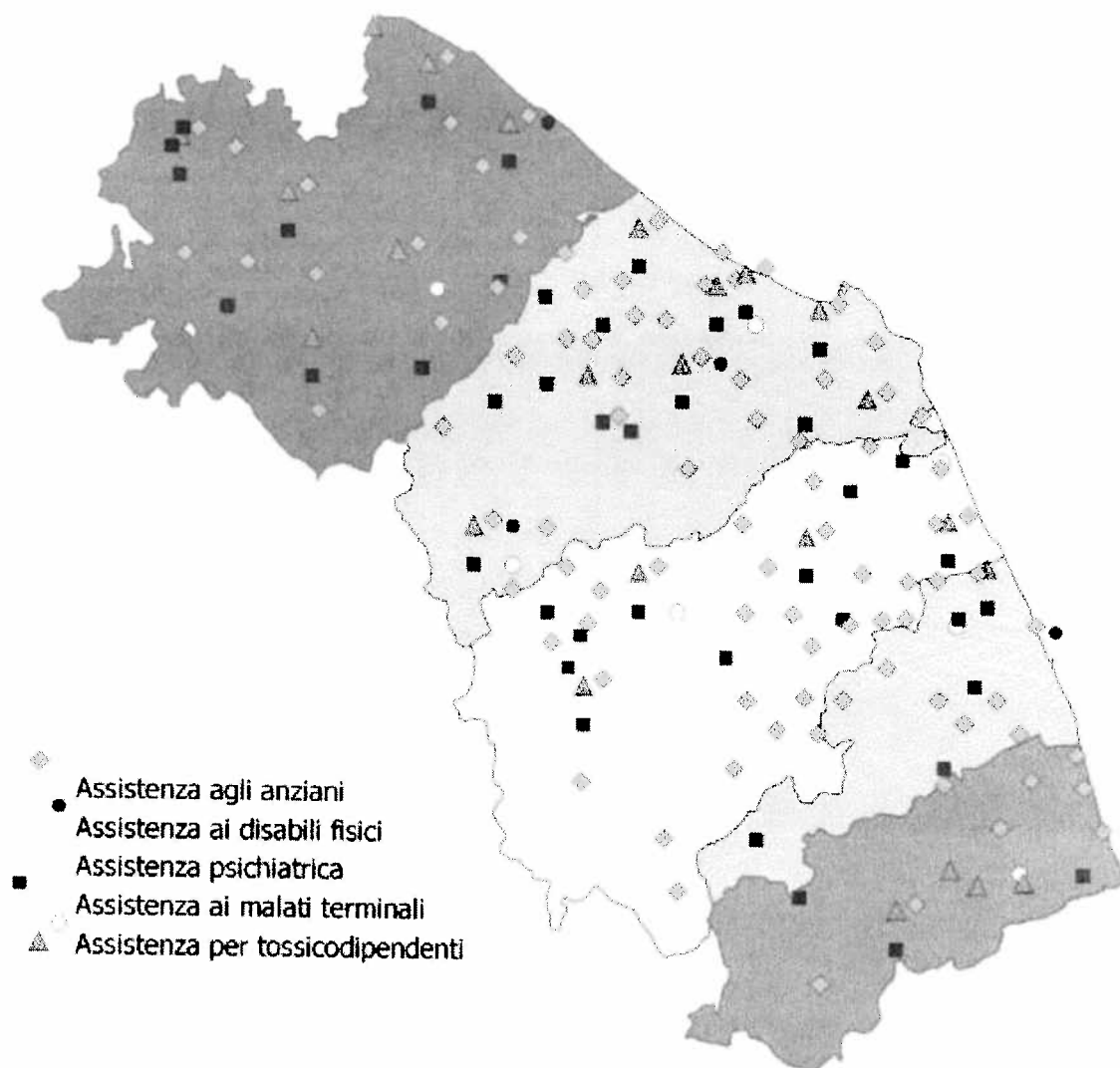
Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)



⁴ Fonte: HSP 11 e 12 anno 2014

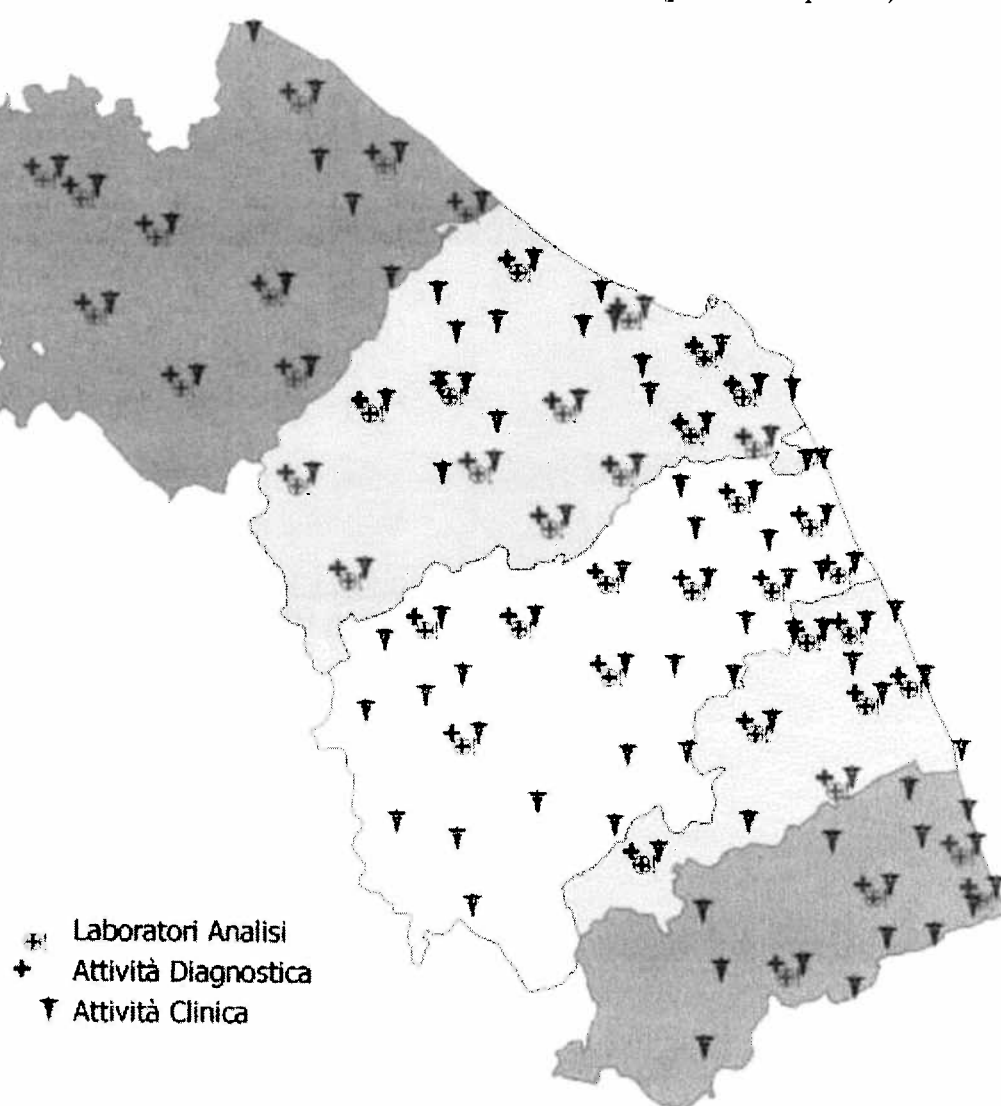
⁵ Fonte: HSP 11 e 13 anno 2014.

Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)

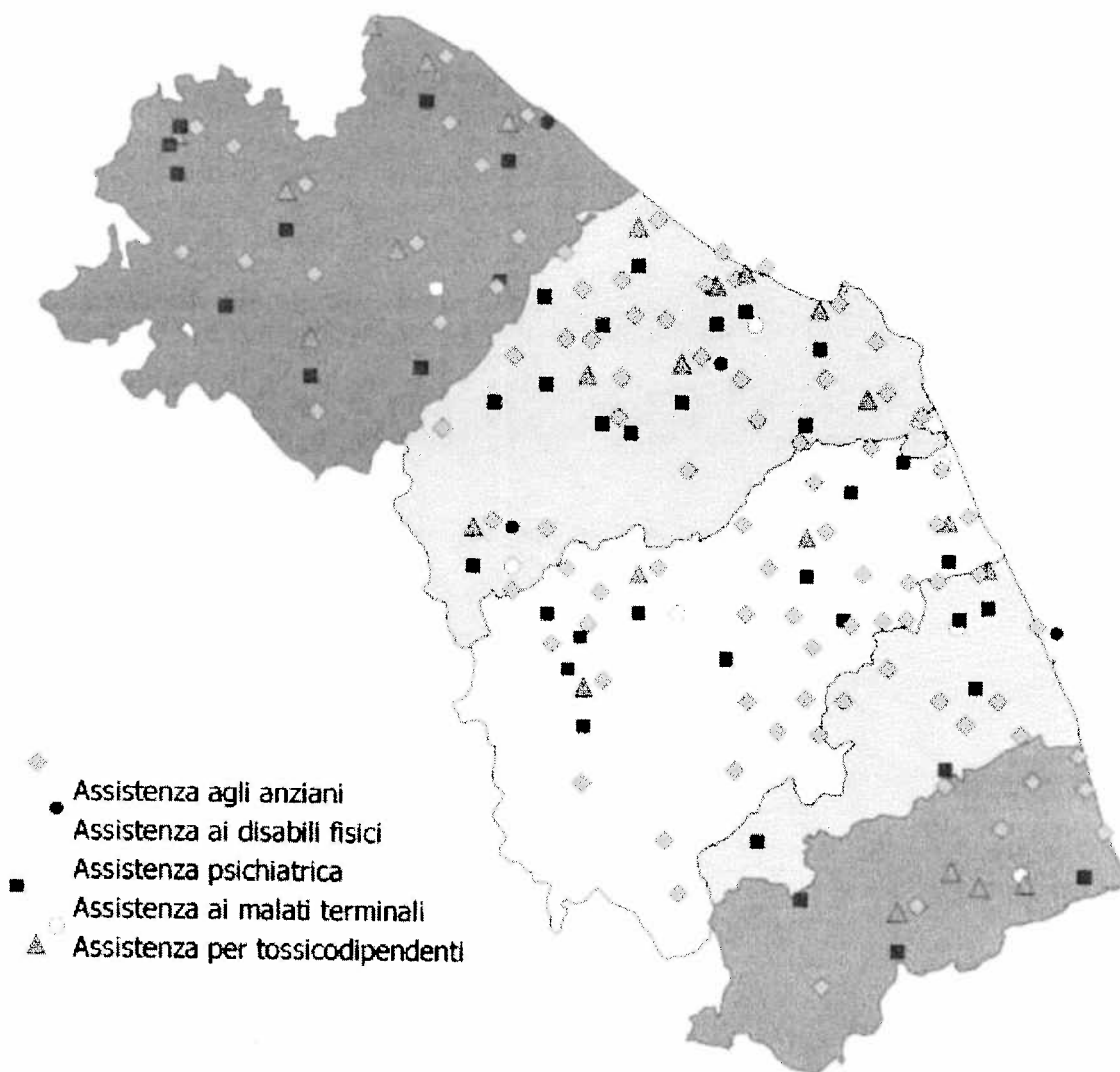


Di seguito, si rappresenta per tipologia di struttura il numero delle strutture pubbliche e private convenzionate di assistenza specialistica e residenziale.

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

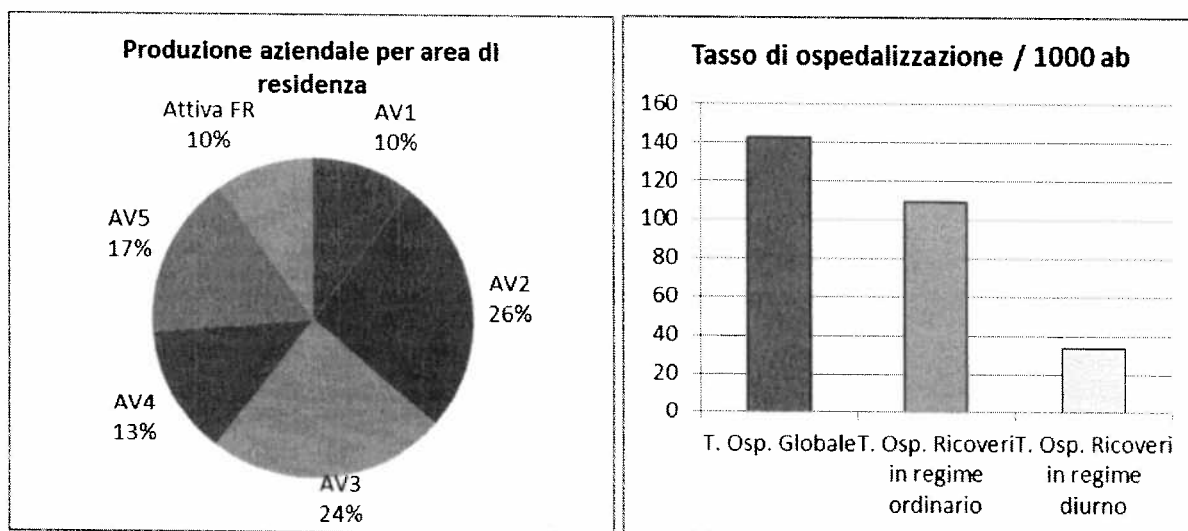


Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)

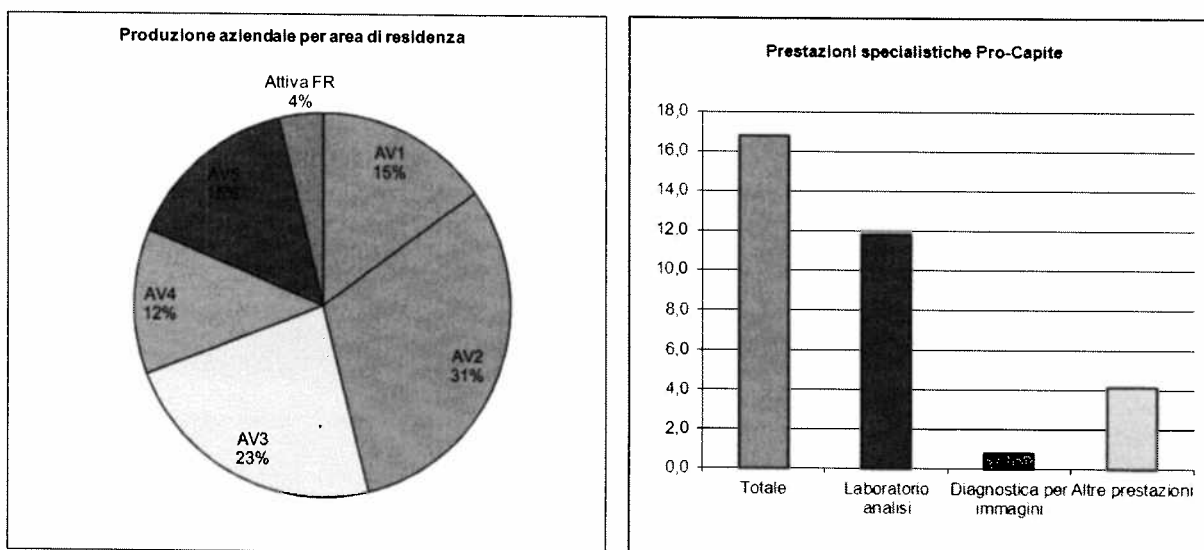


4 - I servizi sanitari erogati

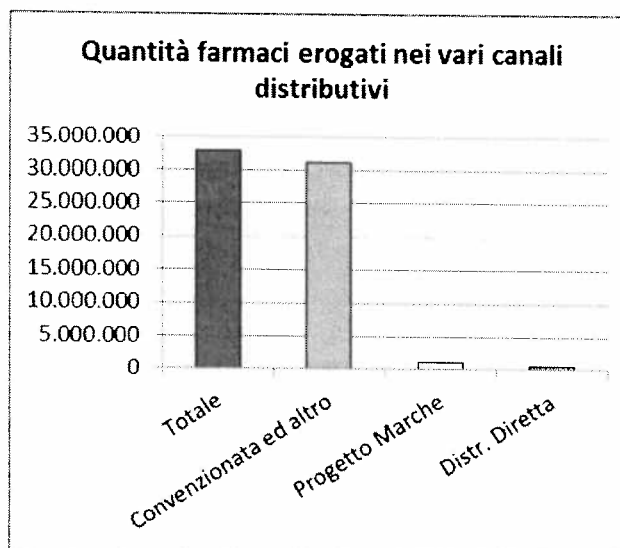
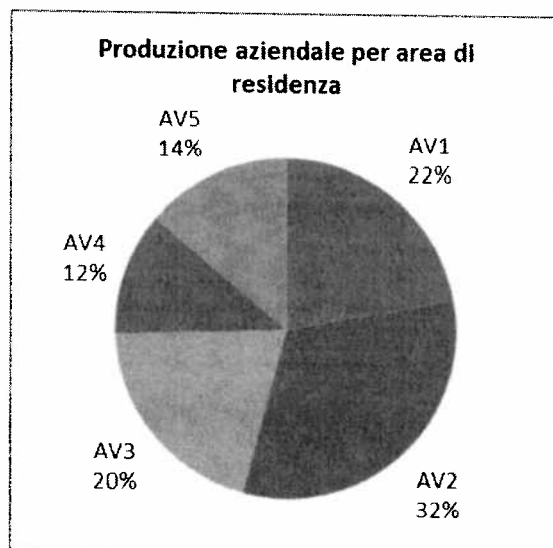
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2014 ha erogato complessivamente 153.974 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 90% ai propri residenti e 10% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con l'utilizzo della mobilità passiva extraregionale del 2013) è pari a 142, con un valore pari a 109 per i ricoveri in regime ordinario e 33 per quelli in regime diurno.



In merito all'assistenza specialistica, nel 2014 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 26.406.900 prestazioni, di cui 96% ai pazienti regionali ed il restante 4% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 17 prestazioni per residente, di cui 11,4 prestazioni di laboratorio analisi e 0,6 di diagnostica per immagini.



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio 2014 l'azienda ha erogato complessivamente 32.742.052 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 94,5% 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 (3,5%).



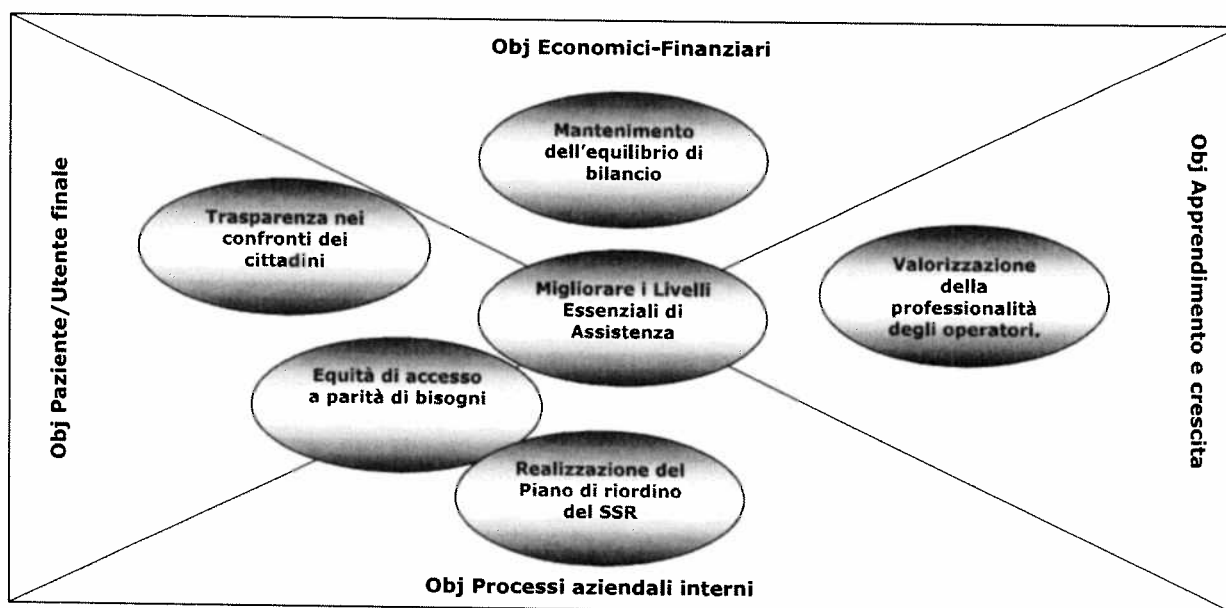
D) Il Piano delle Performance 2016-2018

1 - Obiettivi e indicatori strategici

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2016-2018 scaturiscono direttamente dalla *mission* aziendale (§B1) nonché dalle scelte di pianificazione sanitaria ed economica effettuate dalla Regione Marche con il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 (deliberazione n. 38 del Consiglio Regionale).

Di seguito, si descrive la logica che lega appunto la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici ("Alberto delle performance"). In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

- ❖ Prospettiva economico-finanziaria;
- ❖ Prospettiva di paziente/utente finale;
- ❖ Prospettiva dei processi aziendali interni;
- ❖ 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**

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

➤ **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.

Sulla base delle Aree Strategiche individuate, è stato elaborato il **Piano degli indicatori della performance**, che rappresentando le misure della performance aziendale che saranno oggetto di monitoraggio e andranno a costituire il cd. cruscotto a supporto delle decisioni aziendali per il triennio 2016-2018 (si veda l'Allegato 2). Tale strumento consente:

- il monitoraggio relativo ai debiti informativi con evidenziazione delle non conformità per tempi e qualità del dato;
- l'analisi delle possibili azioni di razionalizzazione ed il monitoraggio sull'effettivo recupero di risorse;
- il monitoraggio degli obiettivi assegnati dal livello regionale e nazionale;

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

- il monitoraggio dei stati di avanzamento dei progetti di potenziamento / sviluppo / innovazione;
- il monitoraggio e analisi degli scostamenti al fine di intervenire tempestivamente con azioni correttive;
- il monitoraggio e analisi dei dati di produzione ospedaliera e specialistica.

2 - Obiettivi operativi

Con riferimento agli obiettivi strategici precedentemente descritti, si riportano le linee di azione prioritarie che la Direzione ha predisposto per il Budget 2016.

LINEE DI AZIONE PRIORITARIE

A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

A.1 PREVENZIONE

- attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)
- rispetto LEA per Screening Oncologici
- rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL
- attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute"
- effettuazione sorveglianza epidemiologica
- messa a regime sistema informativo "marche prevenzione"
- copertura vaccinale anti HPV
- Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ≥ 65
- Attuazione DGR n. 316 del 20.04.2015
- Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Avvia attuazione DGR 540/2015 (PRP 2014-2018)
- Completamento attuazione DGR 1287 del 16/9/2013

A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

- ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report
- AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04
- CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati-articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95
- ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante
- FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012 - LEA vincolante
- FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale - LEA vincolante

- Implementazione della attività di comunicazione del rischio così come previsto dalla DGRM n. 1803 del 09/12/2008
- 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
- OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.
- PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04"
- PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 183/2005 - LEA vincolante
- PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 - LEA vincolante
- SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e reattiva registrazione dati nel SIS-BDN

B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

- Applicazione DGR 735/2013
- Applicazione DGR 1345/2013
- Applicazione DGR 478/2013
- Applicazione DGR 920/2013 e 1476/2013
- Avvio percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza: Efficienza operativa
- Dematerializzazione. Attivare la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini"
- Miglioramento appropriatezza chirurgica
- Miglioramento appropriatezza medica
- Miglioramento appropriatezza riabilitazione
- Potenziamiento qualità clinica
- Pronto Soccorso
- Riduzione delle sedi dei laboratori pubblici accorpati per AV
- Riduzione mobilità passiva extraregionale preazioni di risonanza magnetica (RM)
- Applicazione Legge 38/2010

C. LISTE DI ATTESA

C.1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA

- Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - mammografia
- Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni:- visita oculistica
- Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni:- visita oculistica;- mammografia;- TAC torace;- ecocolordoppler tronchi sovraortici.

C.2 ATTUAZIONE DGRM 808

- Coerenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale: Dematerializzazione prescrizioni e prenotazioni specialistiche

- Corsi formativi sulle modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali
- Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite/esami per la priorità B
- Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite/esami per la priorità D
- Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per classe di priorità (solo in caso di primo accesso)
- Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo)
- Ottimizzazione offerta prime visite delle 14 branche specialistiche sottoposte a monitoraggio
- Ottimizzazione offerta primi esami diagnostici sottoposti a monitoraggio dal PNGLA/PRGLA
- Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up
- Ottimizzazione prenotazione prime visite
- Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato
- Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie

C.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE

- Liste di attesa: Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e libero professionali nelle schede di Budget di CdR

D. ASSISTENZA TERRITORIALE

D.1 CASE DELLA SALUTE E CURE INTERMEDIE

- DGR n.149/14-Adeguamento ai criteri di cui alla DGR n.452/14 delle 11 strutture esistenti
- DGR n.149/14-Attivazione CdS nei territori meno coperti
- DGR n.149/14-Piano triennale di attivazione CdS
- Attivazione p.l. Cure Intermedie secondo i criteri di specifico atto regionale nelle strutture di cui alla DGR 735/13"

D.2 CURE DOMICILIARI

- Eseguire la formazione degli operatori per la corretta compilazione della scheda di valutazione RUG III HC"
- Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le OOSS DGR n.149/14 e 791/14."
- Implementazione del PDTA per le demenze sulla base dell'esperienza maturata nell'AV2

D.4 MEDICINA LEGALE

- completamento cooperazione applicativa INPS - ASUR per medicina legale
- contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti (periodo di osservazione 1.7.2014 - 31.12.2014)

E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- Percorso Superamento OPG: Assicurare la presa in carico di tutti i soggetti per i quali la competente Autorità Giudiziaria ha stabilito la dimissibilità o per i quali, anche in via provvisoria, abbia optato per una misura di sicurezza alternativa a quella detentiva
- Costituzione dei CDCD e superamento delle UVA a seguito di appropriati ed integrativi indirizzi regionali.
- Formazione al personale coinvolto nel PDTA con particolare riferimento al personale afferente ai nuovi CDCD

- Regolamentazione dei centri diurni per disabili (SRDis 1.1 e SRDis 1.2)
- Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni
- Costituzione delle U.O.SeS a livello distrettuale
- Implementazione dei Punti Unici di Accesso a livello distrettuale (PUA)
- Implementazione delle Unità Valutative Integrate (UVI)
- Partecipazione e supporto alla stesura della strategia aree interne AREA PILOTA 1 per le AAVV 1, 2 e 3
- Implementazione di modelli organizzativi per la continuità delle cure e della assistenza ospedale-territorio
- Completamento di quanto previsto nel secondo step della DGR 1013/2014
- Miglioramento della formazione degli operatori e avvio dell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e residenziali

F. SPESA FARMACEUTICA

F.1 FARMACEUTICA OSPEDALIERA

- Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera
- Farmaci oncologici
- Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici
- Recupero rimborsi per farmaci soggetti a risk sharing, cost sharing, payment by result e success fee
- Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)

F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE

- Appropriately prescrittiva farmaci biologici in ambito reumatologico, gastroenterologico e dermatologico
- Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)
- Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata
- Incremento uso farmaci con brevetto scaduto
- Monitoraggio dei farmaci ad alto costo
- Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta
- Utilizzo farmaci biosimilari

G. FLUSSI INFORMATIVI

- Investimenti. Monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie (flusso informativo DM 22/4/14): le Aziende SSR e INRCA provvedono a inserire le informazioni richieste per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2013 presso le strutture pubbliche e private (tipologie individuate disciplinare tecnico allegato al DM 22.4.14)
- Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE: voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi"
- Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale
- Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF

H. AREA AMM. TEC. LOGISTICA

- Attuazione piano investimenti

- Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico
- Effettuazione pagamenti elettronici attraverso il nodo dei pagamenti SPC
- Codifica unica catalogo Regionale LIS
- Portale fascicolo sanitario
- Dematerializzazione prescrizioni specialistiche
- Reportistica assistenza territoriale
- Gestione ed utilizzo delle anagrafiche fornitori e prodotti/servizi intervento nei processi e nelle funzionalità del Sistema Informativo AREAS

Strumenti

- Collegio di Direzione; “Comitato” Direttori macrostruttura
- “Comitato” Direttori Area Vasta e Direzione Generale

VINCOLI ECONOMICI

Con DGRM n. 1224 del 30 dicembre 2015, in attesa dell'assegnazione definitiva del budget, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e quindi anche l'ASUR, alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2016 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Per l'esercizio provvisorio, la Regione assegna all'ASUR un tetto di spesa di 2.273,781 milioni di euro, con una riduzione dello 0,5% rispetto al Budget definitivo 2015 pari a complessivi 10.654 milioni di euro; per quanto riguarda, invece, la previsione di costi 2016 per investimenti con fondi correnti, la delibera assegna un tetto di spesa pari a 21 milioni di euro.

❖ Prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera da soggetti privati accreditati:

Il D.M. n. 70 del 02/04/2015 prevede a partire dal 1/1/2015, e conseguentemente per l'anno 2016, una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 posti letto per acuti, ad esclusione delle strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità definite dal decreto stesso.

La DGRM 991 DEL 16/11/2015 prevede la cessazione della sperimentazione gestionale “Montefeltro Salute SPA”.

La Conferenza delle Regioni e Province Autonome del 7/05/2015 ha definito nuove modalità di regolazione della mobilità sanitaria per l'anno 2015 per le prestazioni rese a pazienti disabili cronici provenienti da fuori regione, di cui alla e alla nota prot. n. 177201 del 23/09/2015 del Servizio Sanità, prevedendo la fatturazione diretta di tali prestazioni alle Regioni di provenienza.

❖ 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 e quindi per l'anno 2016, una riduzione della spesa complessiva annua del 1% rispetto alla spesa consuntivata 2014. Con nota prot. n. 36198 del 23/10/2015, l'ASUR ha dato indicazioni operative al fine dell'applicazione della suddetta normativa, che rimangono valide per l'anno 2016, salvo diverse e successive disposizioni regionali.

❖ 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.

Nell'anno 2016, pertanto, si prevede la messa a regime per 12 mesi del risparmio individuato dalla DGRM 665/15. Il rientro prevede la rinegoziazione delle tariffe o dei volumi dei contratti in essere senza modificare la durata, 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).

❖ Dispositivi medici

Il D.L. n. 78/2015 convertito in Legge 125/15 prevede un tetto di spesa per l'anno 2015 pari al 4,4% rispetto al fabbisogno sanitario regionale, superato dalla Regione Marche nell'anno 2014. In attesa dell'assegnazione dell'obiettivo di risparmio alle Aziende del SSR.

❖ Costo del personale

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

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

- 1) riduzione del costo del personale entro il limite del -1,4% rispetto al costo del 2004 - Art. 1, comma 565, della L. 296/2006 -;
- 2) riduzione del costo del personale con rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato, convenzioni ovvero contratti di collaborazione coordinata e continuativa) in misura pari al 50% del costo 2009 - D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 (art. 9, comma 28, e deroghe previste dalla L.R. 33/2014-;
- 3) riduzione della spesa per le consulenze nella misura pari all'80% della spesa complessiva per le consulenze rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 - DGRM 977/2014;
- 4) riduzione della spesa per le missioni nella misura pari al 50% della spesa complessiva per le missioni rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 - DGRM 977/2014;
- 5) riduzione della spesa per la formazione nella misura pari al 50% della spesa complessiva per la formazione rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, restando fermo l'obbligo di garantire il conseguimento dei crediti relativi all'ECM da parte del personale sanitario; non devono essere computate al fine del rispetto dell'azione le spese per la formazione obbligatoria compresa quella relativa ai crediti ECM nonché la spese per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziate da fondi privati, comunitari, statali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diverse dalla Regione Marche. - DGRM 977/2014

❖ Trasporti

La DGRM 968 del 25/06/2013 e DGRM 151 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). Con Det. 15/2015 sono stati assegnati i limiti massimi e invalicabili di spesa alle Aree Vaste per l'anno 2016.

❖ Dipendenze Patologiche

Con DGRM 1221 del 30/12/2015 è stato approvato l'accordo quadro 2015-2017 per le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, con un tetto di spesa di 10.917.992 euro.

❖ Residenze Protette

Con Determina DG ASUR n. 934 del 31/12/2015 è stato approvato il piano di convenzionamento con le Residenze Protette per Anziani per l'anno 2015, comprensivo dei n. 200

posti di RP autorizzati dalla DGRM 1013/2014; tale piano è confermato per l'anno 2016, salvo la messa a regime dei nuovi posti letto di RP avviati in corso d'anno 2015.

❖ 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.

3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2016

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati per l'anno 2016 i seguenti indicatori e risultati attesi, che confermano il mantenimento dei risultati attesi 2015, approvati con DGRM 665 del 07/08/2015.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2016 con apposita Delibera di Giunta.

A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Ass. Valore anno 2014
4.1	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per prima dose MPR	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con prima dose MPR	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>92% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
4.2	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	Tasso di indagine di laboratorio (morbillo)	N° casi sospetti di morbillo testati in un laboratorio di riferimento qualificato (si vedano indicazioni della circolare "Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il"	N° di casi sospetti di morbillo * 100	> 80%
4.3	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	copertura vaccinale antimeningococcica	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con 1 dose	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	76,6%
4.4	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	copertura vaccinale antipneumococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	89,6%
115	A.1-8	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65	Rapporto tra il numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza e numero di soggetti superiore o uguale a 65 anni residenti	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	numero di soggetti superiore o uguale a 65 anni residenti	>60% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
5.1	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Indicatori GISMA/GISCOR per screening oncologici	Inviti	Popolazione target	Rispetto Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale
5.2	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Indicatori GISCI per screening oncologici	Inviti	Popolazione target	Rispetto Standard estensione al 33% annuale
5.3	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancer screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei tumori invasivi screen-detected	N° di tutti i tumori screen-detected * 100	< 25%
116	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/Azienda	N. strutture eroganti per AZ/AV	Mantenimento dell'aumento di almeno due ore/struttura per AV/Az per ogni screening rispetto anno 2014
6.1	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	aziende controllate nel territorio	numero aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente - numero aziende artigiane con > di un artigiano) x 100	>=5%
6.2	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	operatività degli Organismi Provinciali	attività effettuate in coordinamento	attività programmate dall'O.P. in coordinamento	100%
117.1	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	operatività degli Organismi Provinciali	n. controlli ispettivi congiunti in edilizia e agricoltura	n. controlli ispettivi totali effettuati in edilizia ed agricoltura	>3%
117.2	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	>10%

N. Indicatore	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrittore Numerario	Descrittore Qualitativo	Asse Valore anno 2014
7	A.1-4	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	mantenimento % indicatori almeno pari al 2013
8	A.1-5	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	realizzazione indagini PASSI, PASSI d'argento, OKKIO, HBSC	numero soggetti dei singoli campioni verificati	numero totale soggetti singoli campioni	> 95% dei campioni programmati
118.1	A.1-9	Attuazione DGR n. 316 del 20.04.2015	Svolgimento programma di aggiornamento sulla pratica vaccinale	realizzazione di modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore		completamento del modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore
118.2	A.1-9	Attuazione DGR n. 316 del 20.04.2015	Programma biennale di sostegno alla pratica vaccinale	approvazione e realizzazione azioni 2015		Messa a regime azioni realizzate nel 2015
118.3	A.1-9	Attuazione DGR n. 316 del 20.04.2015	Avvio vaccinazione contro la varicella	n. di soggetti entro 24 mesi di età chiamati attivamente	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=10%
119	A.1-10	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
12	A.1-7	copertura vaccinale anti HPV	copertura vaccinale anti HPV (**)	N° bambine nel corso del 12° anno di età vaccinate con ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita 2001	Mantenimento
13	A.2-7	Implementazione della attività di comunicazione del rischio così come previsto dalla DGRM n. 1803 del 09/12/2008	Atti formali dell' AV che definiscano la implementazione richiesta	Approvazione atti formali (SUNO)	Approvazione atti formali (SUNO)	SUNO
14.1	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF 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	> 99,9%
14.2	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF 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	> 99,8%
15.1	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	> 85 %
15.2	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini i morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini morti	> 80%
15.2	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi caprini morti	> 65%
16	A.2-12	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	> 98 %
17	A.2-11	PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale Circolare 2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 1831/2003 - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	Campioni effettuati per il PNAA	Totale campioni previsti dal PNAA	> 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma

N. Indicatore	N. Obiettivo	Descr. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asse Valori attesi 2016
18	A.2-5	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012 - LEA vincolante	% operatori controllati sul totale previsti dal programma in relazione alle frequenze stabilite	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	100%
19	A.2-6	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale - LEA vincolante	% 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
20.1	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovicaprine controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende ovicaprine controllati	N. totale aziende ovicaprine	> 3% delle aziende entro il 28/02/2015
20.1	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovicaprine controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Capi ovicaprine controllati	N. totale capi ovicaprine	> 5% dei capi
20.2	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%
21.1	A.2-3	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati-articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di ispezioni effettuate sul totale delle programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. di ispezioni effettuate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. totale di ispezioni programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	~ anno 2013
21.2	A.2-3	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati-articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	~ anno 2013
22	A.2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dall'allegato 2 del Piano OGM 2012-2014	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 95 % Piano OGM o, se inferiore, in miglioramento rispetto all'anno precedente
23	A.2-10	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%
24	A.2-13	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
25	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	% di AUDIT effettuati sul totale dei programmati dall'Autorità Competente Locale	N. AUDIT effettuati	N. AUDIT previsti dal programma	100%
132	A.1-12	Completamento attuazione DGR 1287 del 16/9/2013	Organizzazione Dipartimenti di Prevenzione in AV	Attuazione da parte di ciascuna AV del capitolo 3 della DGR 1287/2013		atti delle 5 AA.VV.
133	A.1-11	Avvia attuazione DGR 540/2015 (PRP 2014-2018)	Gruppi tecnici di AV per coordinamento prp	Formalizzazione gruppi tecnici coordinamento in ciascuna AV secondo indicazioni par. 1.4.1 DGR 540/2015 (entro 30/11/15)		atti delle 5 AA.VV.
134	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	Atti formali che definiscono il programma di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA	Adozione atti formali che definiscono il programma di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA entro il 31/12/2015		Atti formali adottati che definiscono il programma di audit dell'ACL su OSA (SuNo). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte

B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore atteso 2018
45.1	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	% parti cesarei primari sul totale dei parti (Indicatore ministeriale griglia LEA)	Dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371)	Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375)	<20% o, se superiore, in miglioramento rispetto all'anno precedente
45.5	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante % parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti nei punti nascita	<18%
45.2	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Indicatore Agenas PNE corretto per terapia anticoagulante)	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	Intervallo 60-70%
45.6	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante 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	Inferiore o uguale al 2014
45.7	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	N. dimissioni con DRG chirurgico	N. complessivo di dimissioni * 100	Maggiore uguale al 46%
45.8	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante Accessi di tipo medico	N. accessi diurni di tipo medico (intervallo di riferimento)		< Valore 2014
45.9	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante % Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni	N. dimissioni diurne di tipo diagnostico	Totale ricoveri diurni	< Valore 2014
45.3	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione	< Valore 2014
45.4	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti) seguiti entro 30	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni)	< Valore 2014
46	B.1-8	Miglioramento appropriatezza medica	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia	Ricoveri medici	< Valore 2014

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore atteso 2016
47.1	B.1-7	Miglioramento appropriatezza chirurgica	% Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< Valore 2014
47.2	B.1-7	Miglioramento appropriatezza chirurgica	DRG LEA Chirurgici: % Ricoveri in Day-Surgery	Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinato per i Drg LEA Chirurgici	< Valore 2014
48	B.1-1	Applicazione DGR 735/2013	Produzione di reportistica attestante l'adeguamento dei posti letto per acuti delle strutture ospedaliere e degli ex presidi di polo riconvertiti in ogni Area Vasta agli standard della DGR 735/13	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Report
49.1	B.1-11	Pronto Soccorso	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti	> Valore 2013
49.2	B.1-11	Pronto Soccorso	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora	> Valore 2013
50	B.1-13	Riduzione mobilità passiva extraregionale preazioni di risonanza magnetica (RM)	Riduzione prestazioni RM in mobilità passiva extraregionale (Codici: 88.91.1 - 88.91.8 : 88.92 - 88.92.9; 88.93 - 88.93.1; 88.94.1 - 88.94.3; 88.95.1 - 88.95.6)	Prestazioni RM nei codici selezionati anno 2014	Prestazioni RM nei codici selezionati anno prec	RM in MP 2014 - RM in MP 2013
2	B.1-6	Dematerializzazione. Attivare la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini	Numero % di strutture pubbliche che hanno attivato i servizi di refertazione digitale	Numero di strutture pubbliche che hanno attivato i servizi di refertazione digitale	Numero totale di strutture pubbliche che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini	>40%
107	B.1-5	Avvio percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza: Efficienza operativa	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno. (Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione. Codice tipologia mezzo di soccorso. Considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo. Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno. (Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione. Codice tipologia mezzo di soccorso. Considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo. Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto)	17
123	B.1-2	Applicazione DGR 1345/2013	Produzione di reportistica attestante la realizzazione di ciascuna rete clinica strutturale definita con DGR 1345/2013	numero di reti cliniche strutturali	numero reti dgr 1345/2013	100% di reti; doc inviata
124	B.1-2	Applicazione DGR 1345/2013	Produzione di reportistica attestante la realizzazione di ciascuna rete clinica strutturale definita con DGR 1345/2013	numero di reti cliniche funzionali	numero reti dgr 1345/2013	100% di reti avviate
125	B.1-3	Applicazione DGR 478/2013	Produzione di reportistica attestante l'istituzione definitiva, entro il 31/12/2015, dei presidi ospedalieri unici di Area Vasta	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita		Documentazione inviata
126	B.1-4	Applicazione DGR 920/2013 e 1476/2013	Produzione reportistica attestante l'avvenuto adeguamento, entro il 31/12/2015, la riorganizzazione delle potes	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita		Documentazione inviata
127	B.1-12	Riduzione delle sedi dei laboratori pubblici accorpati per AV	% laboratori accorpati in AV	Numero laboratori analisi accorpati in AV	Numero totali laboratori analisi per AV	<= ad 1 laboratorio per AV

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asse Valore atteso 2016
128	B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individuale riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo	> 80%
129	B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Vincolante Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero di giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia)	Numero totale di giornate di degenza	< Valore 2014
148	B.1-14	Applicazione Legge 38/2010	Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del doloreValutazione applicazione DGR 325/2015	Numero ambulatori per la rete del dolore dedicati dei centri spoke per AV/Az Avvio del percorso di definizione di rete	Numero ambulatori per terapia dolore già attivati per AV/Az prima della dgr	Almeno uno per AV
149	B.1-14	Applicazione Legge 38/2010	Attività svolte per l'avvio della rete per le cure palliative Valutazione applicazione DGR 846/2014	Numero UCP H-D attivate	Numero Hospice attivati	> Valore 2014
150	B.1-14	Applicazione Legge 38/2010	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	DDD farmaci oppioidi maggiori per il trattamento del dolore severo (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) erogate	Popolazione residente * 365	160%

C. LISTE DI ATTESA

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Ass. Valore atteso 2016
1.1	C.1-3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D Visita Oculistica	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>60%
1.2	C.1-3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D Mammografia	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>60%
1.3	C.1-3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D TAC torace	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>60%
1.4	C.1-3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D Ecocolordoppler tronchi sovraortici	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>60%
1bis.1	C.1-2	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica;	Incremento delle agende dedicate per le classi di priorità B e D per le prestazioni: Visita Oculistica	Numero prestazioni registrate nel mese di Dicembre su agende dedicate classe di priorità B e D (visita oculistica)	Numero totale prestazioni registrate nel mese di dicembre con classe di priorità B e D nei flussi di back-office (visita oculistica)	Documentazione inviata
1bis.2	C.1-1	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - mammografia	Incremento delle agende dedicate per le classi di priorità B e D per le prestazioni: Mammografia	Numero prestazioni registrate nel mese di Dicembre su agende dedicate classe di priorità B e D (mammografia)	Numero totale prestazioni registrate nel mese di dicembre con classe di priorità B e D nei flussi di back-office (mammografia)	Documentazione inviata
113	C.3-1	Liste di attesa	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità			100%
164	C.2-3	Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite/esami per la priorità B	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dalla PRGLA per la classe di priorità B	N. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni con classe di priorità B	>=90%
165	C.2-4	Garanzia del rispetto dei TdA per le prime visite/esami per la priorità D	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dalla PRGLA per la classe di priorità D	N. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni con classe di priorità D	>=90%
166	C.2-6	Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo)	Prestazioni distinte per accesso	N. ricette con indicazione della tipologia di accesso	N. totale delle prescrizioni	>=90%
167	C.2-5	Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per classe di priorità (solo in caso di primo accesso)	Classe di priorità (U,B,D,P)	N. ricette con indicazione della priorità di accesso	N. totale delle prescrizioni identificate come primo accesso	>=90%

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asci Valore atteso 2014
168	C.2-7	Ottimizzazione offerta prime visite delle 14 branche specialistiche sottoposte a monitoraggio	Numero di agende differenziate attivate per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per le 14 visite specialistiche e per ciascun Distretto	N. strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO che hanno attivato agende differenziate	Totale delle strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO e per ciascun distretto	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite
169	C.2-8	Ottimizzazione offerta primi esami diagnostici sottoposti a monitoraggio dal PNGLA/PRGLA	Numero di agende differenziate attivate per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per i 29 esami diagnostici sottoposti a monitoraggio e per ciascun Distretto relativamente alle prestazioni ivi gestibili	N. strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO che hanno attivato agende differenziate	Totale delle strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO e per ciascun Distretto relativamente alle prestazioni ivi gestibili	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici
170	C.2-9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Cardiologia - VISITE, ECG dinamico, prova da sforzo, ECO cardiaca			Agenda dedicata
170	C.2-9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Oncologia - VISITE, radiologia, TAC, RMN, PET			Agenda dedicata
170	C.2-9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Diabetologia - VISITE, fondo oculare, EMG - ENG			Agenda dedicata
170	C.2-9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Nefrologia - VISITE, ECO addome			Agenda dedicata
170	C.2-9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Neurologia - EEG, EMG-ENG, RMN cervello - tronco encefalico - colonna vertebrale, TAC capo - rachide e speco vertebrale, ECO colordoppler tronchi sovra aortici			Agenda dedicata
171	C.2-12	Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie	Ore di utilizzo giornaliero per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature medicali			Almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali
172	C.2-10	Ottimizzazione prenotazione prime visite	Numero di case della salute - equipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali			Almeno 1 sede attivata per AV
173	C.2-2	Corsi formativi sulle modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali	Completamento incontri MMG/PLS			Almeno 1 incontro per ogni distretto/ex zona
173	C.2-2	Corsi formativi sulle modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali	Completamento incontri con coordinatori di area e specialisti territoriali			Almeno 1 incontro per ogni distretto/ex zona
173	C.2-2	Corsi formativi sulle modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali	Completamento incontri con specialisti ospedalieri			Almeno 1 incontro per ogni distretto/ex zona
173	C.2-2	Corsi formativi sulle modalità prescrittive delle prestazioni ambulatoriali	Completamento incontri con il personale addetto alla prenotazione			Almeno 1 incontro per ogni distretto/ex zona
174	C.2-11	Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato			Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni
175	C.2-1	Coerenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale: Dematerializzazione prescrizioni e prenotazioni specialistiche	Numero di prescrizioni e numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prescrizioni, prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Totale delle prescrizioni specialistiche e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	100%
175	C.2-1	Coerenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale: Dematerializzazione prescrizioni e prenotazioni specialistiche	Conclusioni delle procedure tecnico-amministrative di competenza necessarie per mettere a disposizione gli strumenti previsti negli accordi regionali con MMG/PLS al fine di avviare compiutamente la prescrizione dematerializzata per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			Conclusioni delle procedure

D. ASSISTENZA TERRITORIALE

N. Indicatore	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numerica	Descrizione Qualitativa	Assur Valore atteso 2016
10.1	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti (periodo di osservazione 1.7.2014 - 31.12.2014)	tempo medio attesa I.C.	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi
10.2	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti (periodo di osservazione 1.7.2014 - 31.12.2014)	tempo medio attesa L. 104	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi
10.3	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti (periodo di osservazione 1.7.2014 - 31.12.2014)	tempo medio attesa pz. Oncologici	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 20 giorni
10.4	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti (periodo di osservazione 1.7.2014 - 31.12.2014)	tempi medio attesa non vedenti e non udenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi
10.5	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti (periodo di osservazione 1.7.2014 - 31.12.2014)	tempo medio attesa commissione patenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	45 gg medi
11	D.4-1	completamento cooperazione applicativa INPS - ASUR per medicina legale	utilizzo software aggiornato	numero AV che utilizzano aggiornamento	totale AV	utilizzo software aggiornato da parte di tutte aree vaste
121	D.2-7	Implementazione del PDTA per le demenze sulla base dell'esperienza maturata nell'AV2	I PDTA per ogni Area Vasta in collegamento funzionale con le AA.OO. e con la rete dei servizi integrati territoriali, residenziali e semiresidenziali per la demenza (5 PDTA)	N. PDTA attivati		5
27.2	D.2-6	Cure domiciliari Sub1: Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le OOSS DGR n.149/14 e 791/14.	Messa a regime della riorganizzazione delle Cure Domiciliari secondo gli standard della DGR 791/14.			Fatto/Non Fatto
28.1	D.2-5	Cure domiciliari Sub 2: Eseguire la formazione degli operatori per la corretta compilazione della scheda di valutazione RUG III HC	Descrizione del percorso formativo degli operatori (DGR 791/14)			Fatto/Non Fatto
28.2	D.2-5	Cure domiciliari Sub 2: Eseguire la formazione degli operatori per la corretta compilazione della scheda di valutazione RUG III HC	Messa a regime dell'utilizzo della scheda RUG III HC	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza territoriale entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza territoriale entro la data stabilita	Fatto/Non Fatto
33	D.1-2	Case della salute e Cure intermedie Sub 2: DGR n.149/14-Attivazione CdS nei territori meno coperti	Numero CdS attivate nei territori meno coperti			Fatto/Non Fatto
34	D.1-3	Case della salute e Cure intermedie Sub 3: DGR n.149/14-Piano triennale di attivazione CdS	Presentazione Piano triennale di attivazione n.29 CdS (11 esistenti + 13 ex DGR 735/13 + 15 ex novo)			Fatto/Non Fatto
35	D.1-4	Case della salute e Cure intermedie Sub 4: Attivazione p.l. Cure Intermedie secondo i criteri di specifico atto regionale nelle strutture di cui alla DGR 735/13	Determina ASUR			Attivazione Posti letto di cure intermedie
176	D.3-1	Area Materno-Infantile	Tasso di allattamento materno a sei mesi di vita del bambino			Completezza della rilevazione

E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

N. Indicatore	N. Obiettivo	Descrittore Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numerica	Descrizione Qualitativa	Valore atteso 2016
120.1	E.1-2	Presa in carico pazienti provenienti dalla soppressione OPG (come da cronoprogramma nazionale)	% di posti attivati presso la REMS	Attivazione REMS provvisoria	Attivazione REMS provvisoria	Mantenimento posti letto utilizzati nel 2015
120.2	E.1-2	Presa in carico pazienti provenienti dalla soppressione OPG (come da cronoprogramma nazionale)	% soggetti presi in carico	presa in carico 100% dei soggetti dimessi	presa in carico 100% dei soggetti dimessi	100%
135	E.2-1	Costituzione dei CDCD e superamento delle UVA a seguito di appropriati ed integrativi indirizzi regionali.	numero % di CDCD attivati	L'n CDCD per Distretto (13) con relativo coinvolgimento della rete dei servizi ospedalieri, residenziali, semiresidenziali e domiciliari per la demenza.		Attivazione di 1 CDCD per Distretto
136	E.2-2	Formazione al personale coinvolto nel PDTA con particolare riferimento al personale afferente ai nuovi CDCD	numero % di progetti formativi avviati	Organizzazione di un progetto formativo per Area Vasta che aggiorni e specializzi il personale afferente ai CDCD.		Fatto/Non Fatto
137	E.2-3	Regolamentazione dei centri diurni per disabili (SRDis 1.1 e SRDis 1.2)	Sottoscrizione delle relative convenzioni con gli enti titolari/gestori del servizio			Fatto/Non Fatto
138	E.2-4	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Per ogni Area Vasta: Inserimento di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i Codici ORPS) nel 2015 nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC	Per ogni Area Vasta: Inserimento di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i Codici ORPS) nel 2015 nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		Fatto/Non Fatto
139	E.2-5	Costituzione delle U.O.SeS a livello distrettuale	numero % accordi approvati ambito sociale/ distretto sanitario	Sottoscrizione di almeno il 75% degli Accordi tra Ambito Sociale e Distretto Sanitario per l'organizzazione e gestione unitaria della U.O. SeS		75%
140	E.2-6	Implementazione dei Punti Unici di Accesso a livello distrettuale (PUA)	numero % di PUA operativi progettati	Individuazione degli idonei spazi ed avvio progetti di implementazione del nuovo modello organizzativo		Fatto/Non Fatto
141	E.2-7	Implementazione delle Unità Valutative Integrate (UVI)	numero % UVI che utilizzano i medesimi strumenti di valutazione multidimensionale	Avvio del percorso formativo per acquisizione e l'utilizzo dei medesimi sistemi di valutazione multidimensionale	Avvio del percorso formativo per acquisizione e l'utilizzo dei medesimi sistemi di valutazione multidimensionale	Fatto/Non Fatto
142	E.2-8	Partecipazione e supporto alla stesura della strategia aree interne AREA PILOTA 1 per le AAVV 1, 2 e 3	Costituzione gruppo di lavoro e stesura bozza di strategia area interna settore salute e welfare	Costituzione gruppo di lavoro e stesura bozza di strategia area interna settore salute e welfare	Costituzione gruppo di lavoro e stesura bozza di strategia area interna settore salute e welfare	Fatto/Non Fatto
143	E.2-9	Implementazione di modelli organizzativi per la continuità delle cure e della assistenza ospedale-territorio	Attivazione di almeno un ambulatorio a gestione infermieristica per AV			Almeno un ambulatorio infermieristico
144	E.2-13	Completamento di quanto previsto nel secondo step della DGR 1013/2014	Apertura dei nuovi posti programmati per le seguenti tipologie: R2.2, R2D, R3.1 e R3.2	Apertura dei nuovi posti programmati per le seguenti tipologie: R2.2, R2D, R3.1 e R3.2		Fatto/Non Fatto
145	E.2-14	Miglioramento della formazione degli operatori e avvio dell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e residenziali	Avvio di un piano di formazione per il triennio 2015-2017	Avvio di un piano di formazione per il triennio 2015-2017		Fatto/Non Fatto
146	E.2-14	Miglioramento della formazione degli operatori e avvio dell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e residenziali	Attivazione equipe ambulatoriali previste dalla DGR 247/2014	Attivazione equipe ambulatoriali previste dalla DGR 247/2014		Fatto/Non Fatto
147	E.2-14	Miglioramento della formazione degli operatori e avvio dell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e residenziali	Avvio delle procedure per l'individuazione della struttura idonea a livello regionale	Avvio delle procedure per l'individuazione della struttura idonea a livello regionale		Fatto/Non Fatto
161	E.3-1	Attuazione della DGRM 1/2015	Attuazione punti a), b) c) d) DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Documentazione inviata alla Direzione ARS Marche/Osservatorio		Documentazione inviata
162	E.3-2	Aumento n. sedi n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale	% incremento sedi, n. ore, n. giorni di apertura	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D		Documentazione inviata
163	E.3-3	Impiego stabile di servizi di mediazione interculturale presso i servizi sanitari SSR Marche	n. servizi di mediazione interculturale attivati per AV/AO	Implementazione Dispositivo della Mediazione Interculturale secondo linee guida regionali e normative di riferimento per		Documentazione inviata

F. SPESA FARMACEUTICA

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asci Valore anno 2014
89	F.2-3	Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata	Riduzione spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta rispetto alla spesa rendicontata nel 2014	(Spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta 2014 - Spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta 2013)	Spesa farmaceutica territoriale convenzionata netta 2013	-1,0%
90	F.2-2	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione inviata
91.1	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	% DDD farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte	DDD farmaci a brevetto scaduto	Totale DDD farmaci	Incremento del 15% rispetto all'anno precedente
91.2	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Statine: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta statine (ATC4 C10AA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	9
91.3	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sostanze modificatrici dei lipidi: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sostanze modificatrici dei lipidi (ATC5 C10BA02 - C10AX09)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	3
91.4	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	10
91.5	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: % Pazienti trattati rispetto ai residenti	Pazienti residenti con prescrizioni di farmaci inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	17%
91.6	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	% DDD Sartani associati e non su totale DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	DDD Sartani associati e non (ATC4 C09CA - C09DA)	DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (ATC2 C09)	40%
91.7	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani non associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani non associati (ATC4 C09CA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	5
91.8	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani associati (ATC4 C09DA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	6
91.9	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Adrenergici respiratori: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta adrenergici respiratori (ATC4 R03AK)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	6
92	F.1-6	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	3%
93	F.1-2	Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera	Riduzione spesa farmaceutica ospedaliera rispetto alla spesa rendicontata nel 2015	(Spesa farmaceutica ospedaliera 2014 - Spesa farmaceutica ospedaliera 2013)	Spesa farmaceutica ospedaliera 2013	0,0%
95	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Incremento del 10% dell'utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto all'anno 2013	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Incremento 10%

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Finanziaria	Descrizione Documentaria	Anno Valore atteso 2016
96	F.2-1	Appropriatezza prescrittiva farmaci biologici in ambito reumatologico, gastroenterologico e dermatologico	Produzione di documentazione attestante: a. la compilazione da parte dei centri prescrittori di una scheda di monitoraggio / piano terapeutico; b. la catalogazione da parte dei servizi farmaceutici delle schede di monitoraggio / piani terapeutici; c. l'erogazione del farmaco esclusivamente in presenza della scheda di monitoraggio / piano terapeutico.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	SI / NO
97	F.2-5	Monitoraggio dei farmaci ad alto costo	Produzione di documentazione attestante il monitoraggio trimestrale dei consumi dei farmaci ad alto costo e l'elaborazione di possibili interventi correttivi nel caso di rilevamento di scostamenti anomali nei consumi	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	SI / NO
98	F.1-5	Recupero rimborsi per farmaci soggetti a risk sharing, cost sharing, payment by result e success fee	Produzione di documentazione attestante la definizione del processo organizzativo che permetta il corretto e completo recupero dei rimborsi per gli anni 2012 e 2013 delle specialità medicinali sottoposte a monitoraggio dall'AIFA	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	SI / NO
99	F.1-3	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione attestante la centralizzazione
100.1	F.2-6	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Incremento consumi farmaceutica in distribuzione diretta rispetto ai consumi rendicontati nel 2014	Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2015 - Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2014	Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2014	Mantenimento nel 2016 dei volumi superiori al 2014
100.2	F.2-6	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei corretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovracitate.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
102	F.1-4	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante la costituzione di una commissione dei DM finalizzata: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione

G. FLUSSI INFORMATIVI

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore atteso 2016
73	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Numero % di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero totale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno)	>= 80%
74	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro II	Numero prese in carico attivate presenti nel flusso SIAD	Numero prese in carico nel Modello FLS21	Valore compreso tra 80 e 120
75	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero totale di record inviati	>= 90%
76	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2015 rispetto al 2014	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2015	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2014	Valore compreso tra 80 e 120
77	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero totale di record inviati	>= 80%
78	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale: Valutazione della coerenza del numero di assistiti rilevati con il flusso SISIM e con il Modello STS24	Numero di assistiti rilevati con il Flusso SISIM	Numero di utenti rilevati con il Modello STS24 - Quadro F - Tipo di assistenza: 1 (assistenza psichiatrica) + Numero di utenti rilevati con il Modello STS24 - Quadro G - Tipo di assistenza: 1 (assistenza psichiatrica)	Valore compreso tra 80 e 120
79	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero totale di record inviati	>= 80%
80	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24	Numero di accessi calcolati con EMUR	Numero di accessi calcolati con HSP24	Valore compreso tra 80 e 120
81	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero totale di record campi data-ora	>= 80%
82	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2014 rispetto al 2013	Numero di interventi del servizio 118 anno 2014	Numero di interventi del servizio 118 anno 2013	Valore compreso tra 80 e 120
83	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro G	Valore compreso tra 80 e 120
84	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza semiresidenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro F	>= 90%
85	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Hospice: valutazione della completezza del flusso Hospice	Numero di strutture inviate i dati del flusso Hospice	Numero di strutture presenti nel Modello STS11	Valore compreso tra 90 e 110
87	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza farmaceutica - Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei farmaci: Incidenza del costo dai Flussi medicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE	Valore della spesa rilevata dai Flussi Medicinali per distribuzione diretta e consumi ospedalieri (al netto dei vaccini)	Totale costi rilevati dal Modello di conto economico per le voci corrispondenti	>= 90%
88	G.1-2	Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE: voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	Delta anno precedente >= 10%
71	G.1-1	Investimenti. Monitoraggio grandi apparecchiature sanitarie (flusso informativo DM 22/4/14): le Aziende SSR e INRCA provvedono a inserire le informazioni richieste per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2013 presso le strutture pubbliche e private (tipologie individuate disciplinare tecnico allegato al DM 22.4.14)	Numero Apparecchiature registrate			100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private
130	G.1-5	Vincolante Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2015	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2015		100%
131	G.1-3	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 precedente anno di riferimento)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno precedente anno di riferimento)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno precedente anno di riferimento)	100%

H. AREA AMMINISTRATIVA TECNICO-LOGISTICA

N. Indicatore	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Ass. Valore atteso 2016
151	H.1-1	Attuazione piano investimenti	% Valore investimenti attuati rispetto alle risorse autorizzate	Valore economico (IVA compresa) della spesa effettuata	Totale della spesa autorizzata	100%
152	H.2-2	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	Cittadini che hanno rilasciato il consenso per il FSE			>= 100 pz
153	H.2-2	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	Referti di laboratorio strutturati digitali resi disponibili nel FSE			>= 100 pz
154	H.2-3	Effettuazione pagamenti elettronici attraverso il nodo dei pagamenti SPC	Attivazione del servizio di pagamento delle prestazioni sanitarie attraverso la piattaforma regionale Mpay	Valore assoluto pagamenti online	Totale pagamenti	>0,1%
155	H.2-4	Codifica unica catalogo Regionale LIS	Numero di prestazioni unificate	Valore assoluto codifiche unificate	Totale codifiche gruppo di lavoro	>80%
156	H.2-5	Portale fascicolo sanitario	Numero di servizi online rilasciati	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prenotazioni online	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prenotazioni online	3
157	H.2-6	Dematerializzazione prescrizioni specialistiche	Numero di prescrizioni e Numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prescrizioni prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Totale prescrizioni specialistiche e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	100%
158	H.2-7	Reportistica assistenza territoriale	% report direttamente disponibili su DWH	Valori prodotti tramite report DWH	Valori richiesti complessivamente dai report dell'obiettivo 5	30%
159	H.2-8	Gestione ed utilizzo delle anagrafiche fornitori e prodotti/servizi intervento nei processi e nelle funzionalità del Sistema Informativo AREAS	Qualità ed affidabilità del processi di codifica delle anagrafiche prodotti, beni, servizi e fornitori	Numero prodotti nuovi codificati correttamente tramite sistema Workflow	Numero richieste complessive annuali	33% delle richieste evase e, di queste, il 90% di codifiche corrette
160	H.2-8	Gestione ed utilizzo delle anagrafiche fornitori e prodotti/servizi intervento nei processi e nelle funzionalità del Sistema Informativo AREAS	Qualità ed affidabilità del processi di codifica delle anagrafiche prodotti, beni, servizi e fornitori	Numero anagrafiche unitarie o ricondotte e mantenute all'unitarietà per i fornitori	Numero anagrafiche complessive attive	95% nell'ambito del 33% a carico

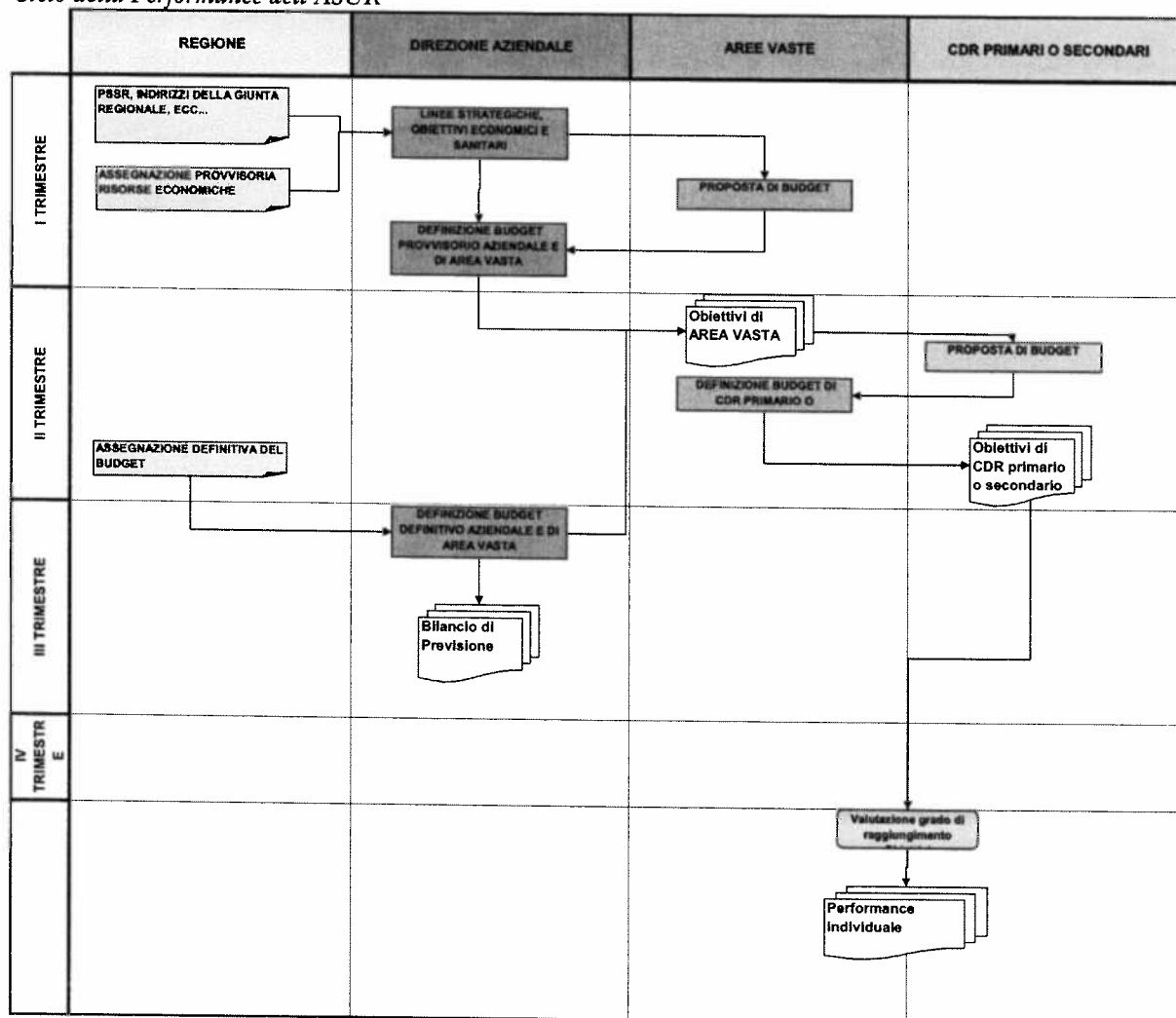
E) Il ciclo della performance

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



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

Ciclo della Performance dell'ASUR



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

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

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

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

Nella stessa logica di ripartizione a cascata, i Direttori di Area Vasta definiscono un piano di attività annuale di Area e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di responsabilità primari negoziano le schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 3.

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.

F) Il sistema di valutazione e misurazione della performance

1 - La finalità

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

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

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

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

Il presente documento intende rappresentare delle linee guida sul sistema di valutazione e di misurazione della performance individuale, attualmente in essere nell'azienda, evidenziando contestualmente le possibilità di modifica e di miglioramento volti anche ad aumentare il grado di omogeneità del sistema di valutazione nell'ambito delle Aree Vaste.

In applicazione della legge regionale vigente, infatti, l'Area Vasta è unità amministrativa autonoma e i contratti decentrati integrativi sottoscritti a livello di Area Vasta sono definitivi. Il Direttore di Area Vasta provvede alla negoziazione con le organizzazioni sindacali, sulla base degli indirizzi aziendali riportati di seguito. Si precisa che il presente sistema non riguarda la valutazione professionale.

2 - Il processo di valutazione

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

- Assegnazione di obiettivi, opportunamente comunicati al valutato, e riportati sulla scheda individuale di valutazione;
- Continuità del processo valutativo attraverso monitoraggi in corso d'anno degli obiettivi assegnati anche al fine di eventuali rimodulazioni degli stessi che si rendessero necessarie;
- Valutazione finale del dipendente sul raggiungimento degli obiettivi e sugli item di tipo organizzativo e comportamentale, diversificati, sia in termini di peso che di tipologia, a seconda del profilo professionale di appartenenza;
- Possibilità di contraddittorio tra valutatore e valutato, anche in sede di valutazione finale;
- Previsione di procedure di conciliazione interne in caso di contestazioni delle valutazioni ricevute da parte dei valutati.

Lo scopo principale del sistema di valutazione è quello di:

- collegare l'erogazione degli incentivi economici ai risultati ottenuti e al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione aziendale;
- mettere in evidenza l'apporto individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi assegnati;
- promuovere l'integrazione tra le diverse strutture aziendali, con la previsione di obiettivi trasversali.

- favorire la crescita professionale attraverso interventi formativi mirati e rivolti alle aree di maggior interesse.

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

La misurazione della performance individuale viene così distinta in funzione delle qualifiche professionali e degli obiettivi assegnati.

Per i dirigenti Responsabili di Dipartimento, di Struttura Complessa e di Struttura Semplice a natura dipartimentale la misurazione della performance individuale è legata a:

- raggiungimento degli obiettivi strategici ed istituzionali aziendali, declinati negli strumenti di programmazione per l'articolazione aziendale di afferenza, e assegnati tramite il processo di budget;

- contributo di performance del settore di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi, come declinati nell'apposita scheda individuale.

Per i restanti la misurazione della performance individuale è legata a:

- raggiungimento di obiettivi individuali assegnati nell'ambito della scheda individuale di valutazione dal superiore gerarchico di riferimento, quale ulteriore declinazione degli obiettivi strategici e istituzionali aziendali;

- contributo di performance al settore di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi, come declinati nell'apposita scheda individuale.

Per il personale del comparto, ivi incluso quello titolare di indennità di coordinamento e di posizione organizzativa, la misurazione della performance individuale è legata a:

- raggiungimento dell'obiettivo di attività, di carattere operativo, assegnato dai dirigenti Responsabili di riferimento, nell'ambito della scheda individuale di valutazione;

- contributo di performance al settore di appartenenza, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali, come declinati nell'apposita scheda individuale.

Si tiene quindi conto dei seguenti aspetti procedurali:

- relazione tra performance organizzativa e performance individuale, per il personale appartenente alla dirigenza, con particolare riguardo agli obiettivi strategici e istituzionali aziendali,

- valutazione delle competenze professionali e manageriali, per il personale appartenente alla dirigenza;

- valutazione del contributo individuale per il personale del comparto al raggiungimento dell'obiettivo del CdR definito in termini di risultati e di comportamenti attesi.

3 - Il processo di misurazione

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

a. Area dei risultati

b. Area dei comportamenti organizzativi

Le valutazioni dei risultati legati al raggiungimento degli obiettivi assegnati ed i comportamenti, unitamente agli obiettivi individuali, concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente secondo criteri che variano in base ai ruoli ed alla responsabilità. Per tutti i

dipendenti, comunque, le valutazioni dovranno essere ispirate ai principi di trasparenza (sia nei risultati che nei criteri), di chiarezza rispetto alle modalità di valutazione ed equità nelle valutazioni.

Sub.a - Area dei risultati

Per quanto riguarda i risultati, si specifica che la valutazione verte sull'insieme degli obiettivi assegnati e sulla partecipazione del dipendente al raggiungimento degli stessi. Gli obiettivi sono programmati su base annuale e definiti nei primi mesi dell'anno di riferimento, anche a fronte delle indicazioni regionali. Gli obiettivi sono definiti tenuto conto delle risorse di bilancio ed il loro raggiungimento è sempre collegato al vincolo dell'equilibrio economico ed al rispetto del budget assegnato alle strutture.

Gli obiettivi assegnati devono essere:

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

Sub.b - Area dei comportamenti organizzativi

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

I comportamenti del personale dirigente sono stati individuati all'interno di tre macroaree: integrazione interna / esterna, organizzazione, risoluzione conflitti.

I comportamenti del personale, ovvero le competenze operative, del comparto sono stati individuati all'interno delle seguenti macro-aree: conoscenze generali, grado di coinvolgimento nella U.O., attenzione ai propri doveri, orientamento all'utenza.

4 - Gli strumenti di misurazione

Lo strumento di misurazione della performance individuale è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi sia i comportamenti.

La scheda individuale presenta differenze in termini di pesi assegnati alla componente "obiettivi" e a quella "comportamenti", a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

Le schede, definite nell'ambito della contrattazione integrativa, conterranno chiaramente per tutti gli item di valutazione gli indicatori, il peso e il range di punteggio disponibile.

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

5 - La corresponsione dei compensi

La retribuzione di risultato è corrisposta a consuntivo nei limiti dei fondi contrattuali annualmente quantificati con apposito atto di determina in funzione del raggiungimento totale o parziale dell'obiettivo assegnato con la scheda individuale (si veda il fac-simile all'allegato 4)

previa certificazione del Nucleo di Valutazione, entro il primo mese successivo alla chiusura del bilancio di esercizio dell'anno di riferimento.

La contrattazione integrativa potrà destinare una quota per specifiche progettualità delle Direzioni di Area Vasta, in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall'ASUR.

La restante quota dei fondi, sarà destinata a remunerare il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati ad ogni CdR e la performance individuale come risultante dalla scheda di valutazione individuale.

Nell'ambito della contrattazione integrativa, sarà possibile stabilire l'erogazione di un acconto nonché le modalità di verifica dello stato di avanzamento delle attività relative all'acconto corrisposto.

**Schema di Conto Economico
del Bilancio di esercizio 2014**

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 118/2011 e smi			VARIAZIONE 2014/2013	
	Anno 2014	Anno 2013	Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	2.521.834.192	2.526.505.119	-4.670.927	-0,2%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regione	2.518.505.596	2.522.962.878	-4.457.282	-0,2%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	2.508.123	1.644.259	863.864	52,5%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	1.515.860	265.120	1.250.740	471,8%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio	85.000	-	85.000	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio	823.417	379.638	443.779	116,9%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	24.214	1.974	22.240	1126,6%
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	-	41.316	-41.316	-100,0%
6) Contributi da altri soggetti pubblici	59.632	956.211	-896.579	-93,8%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	428.732	136.409	292.323	214,3%
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	2.516	-	2.516	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	426.216	134.848	291.368	216,1%
4) da privati	-	1.561	-1.561	-100,0%
d) Contributi in c/esercizio - da privati	391.741	1.761.573	-1.369.832	-77,8%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-21.672.327	-14.564.899	-7.107.428	48,8%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.879.069	4.117.418	-1.238.349	-30,1%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	103.597.349	107.569.600	-3.972.251	-3,7%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	49.337.920	52.420.764	-3.082.844	-5,9%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	22.472.769	21.456.966	1.015.803	4,7%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	31.786.660	33.691.870	-1.905.210	-5,7%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	15.068.731	13.596.174	1.462.557	10,8%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	35.553.193	36.936.606	-1.383.413	-3,7%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	27.962.969	26.397.693	1.565.276	5,9%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	4.755.375	5.038.350	-282.975	-5,6%
Totale A)	2.699.968.551	2.705.596.061	-5.627.510	-0,2%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	330.036.887	310.522.073	19.514.814	6,3%
a) Acquisti di beni sanitari	318.288.800	298.646.082	19.642.718	6,6%
b) Acquisti di beni non sanitari	11.748.087	11.875.991	-127.904	-1,1%
2) Acquisti di servizi sanitari	1.400.097.795	1.412.789.437	-12.691.642	-0,9%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	173.030.952	173.739.113	-708.161	-0,4%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	250.447.502	249.647.170	800.332	0,3%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	154.846.214	148.123.560	6.722.654	4,5%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	71.852.315	68.951.343	2.900.972	4,2%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	23.516.567	29.477.698	-5.961.131	-20,2%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	14.348.228	13.205.947	1.142.281	8,6%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	486.936.076	508.420.823	-21.484.747	-4,2%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	19.268.896	18.912.556	356.340	1,9%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	43.114.927	44.130.650	-1.015.723	-2,3%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	4.669.040	4.759.790	-90.750	-1,9%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	22.344.551	23.598.324	-1.253.773	-5,3%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	74.564.800	61.229.151	13.335.649	21,8%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	18.449.381	17.460.271	989.110	5,7%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	10.658.218	10.084.517	573.701	5,7%
o) Consulenze, collaborazioni, interne, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	14.843.915	17.766.178	-2.922.263	-16,4%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	17.206.213	23.282.345	-6.076.132	-26,1%

CONTO ECONOMICO			Importi : Euro	
SCHEMA DI BILANCIO Decreto Interministeriale 118/2011 e smi	Anno 2014	Anno 2013	VARIAZIONE 2014/2013	
			Importo	%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	96.354.013	98.497.512	-2.143.499	-2,2%
a) Servizi non sanitari	94.142.824	95.547.946	-1.405.122	-1,5%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1.288.472	1.530.035	-241.563	-15,8%
c) Formazione	922.717	1.419.531	-496.814	-35,0%
4) Manutenzione e riparazione	25.872.778	25.479.043	393.735	1,5%
5) Godimento di beni di terzi	22.583.756	23.760.949	-1.177.193	-5,0%
6) Costi del personale	683.740.851	685.824.396	-2.083.545	-0,3%
a) Personale dirigente medico	240.057.674	238.705.898	1.351.776	0,6%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	25.161.352	25.079.856	81.496	0,3%
c) Personale comparto ruolo sanitario	278.098.760	279.465.860	-1.367.100	-0,5%
d) Personale dirigente altri ruoli	11.822.357	13.039.906	-1.217.549	-9,3%
e) Personale comparto altri ruoli	128.600.708	129.532.876	-932.168	-0,7%
7) Oneri diversi di gestione	9.104.497	8.976.636	127.861	1,4%
8) Ammortamenti	41.762.038	43.575.809	-1.813.771	-4,2%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	1.285.068	1.323.502	-38.434	-2,9%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	21.382.486	20.852.546	529.940	2,5%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	19.094.484	21.399.761	-2.305.277	-10,8%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	986.877	599.744	387.133	64,5%
10) Variazione delle rimanenze	-3.553.456	-721.998	-2.831.458	392,2%
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-3.571.890	-513.741	-3.058.149	595,3%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	18.434	-208.257	226.691	-108,9%
11) Accantonamenti	43.568.528	36.728.445	6.840.083	18,6%
a) Accantonamenti per rischi	18.517.359	19.518.341	-1.000.982	-5,1%
b) Accantonamenti per premio operosità	989.876	1.052.648	-62.772	-6,0%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	8.975.737	5.032.478	3.943.259	78,4%
d) Altri accantonamenti	15.085.556	11.124.978	3.960.578	35,6%
Totale B)	2.850.554.864	2.646.032.046	2.042.518	0,2%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	39.413.987	59.544.015	-20.130.028	-33,8%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	24.884	18.383	6.501	35,4%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	455.465	493.185	-37.720	-7,6%
Totale C)	-430.581	-474.802	44.221	-9,3%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	16.519.961	9.810.756	6.709.205	68,4%
a) Plusvalenze	991	292.322	-291.331	-99,7%
b) Altri proventi straordinari	16.518.970	9.518.434	7.000.536	73,5%
2) Oneri straordinari	5.132.719	4.756.016	376.703	7,9%
a) Minusvalenze	7.188	7.574	-386	-5,1%
b) Altri oneri straordinari	5.125.531	4.748.442	377.089	7,9%
Totale E)	11.387.242	5.054.740	6.332.502	125,3%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	80.370.848	64.143.953	16.226.895	25,3%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	49.134.800	49.570.304	-435.504	-0,9%

Asur Bilancio di Esercizio 2014
Determina 365 del 20/05/2015

CONTO ECONOMICO			Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO <i>Decreto Interministeriale 118/2011 e smi</i>	Anno 2014	Anno 2013	VARIAZIONE 2014/2013	
			Importo	%
a) IRAP relativa a personale dipendente	44.966.396	45.429.146	-462.750	-1,0%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	2.884.963	2.979.314	-94.351	-3,2%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia)	1.283.441	1.161.844	121.597	10,5%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	1.049.497	1.049.416	81	0,0%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	84.808	1.796.237	-1.711.429	-95,3%
Totale Yj	50.269.105	52.415.957	-2.146.852	-4,1%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	101.543	11.727.996	-11.626.453	-99,1%

Piano degli indicatori della performance

Allegato 2: Piano degli indicatori della performance

COD.	INDICATORE
INDICATORI ECONOMICO-FINANZIARI - EQUILIBRIO DI BILANCIO	
A1	Scostamento Assoluto dal budget
A2	Scostamento % dal budget
A3	Spesa percentuale per livello assistenza prevenzione
A4	Spesa percentuale per livello assistenza distrettuale
A5	Spesa percentuale per livello assistenza ospedaliero
A6	Spesa pro capite totale
A7	Spesa pro capite per livello assistenza prevenzione
A8	Spesa pro capite per livello assistenza distrettuale
A9	Spesa pro capite per livello assistenza ospedaliero
A10	Spesa pro capite totale: Δ Media ASUR
A11	Spesa pro capite per livello assistenza prevenzione: Δ Media ASUR
A12	Spesa pro capite per livello assistenza distrettuale: Δ Media ASUR
A13	Spesa pro capite per livello assistenza ospedaliero: Δ Media ASUR
A14	Costo del personale per livello assistenza prevenzione: Δ Media A.V. Migliore
A15	Costo del personale per livello assistenza distrettuale: Δ Media A.V. Migliore
A16	Costo del personale per livello assistenza ospedaliero: Δ Media A.V. Migliore
A17	Costo per trasporti in emergenza e non prevalentemente sanitari
INDICATORI ECONOMICO-FINANZIARI E SPESA FARMACEUTICA	
B1	STATINE ATC4 C10AA: Spesa farmaceutica convenzionata netta pro-capite pesata
B2	IPA ATC4 A02BC: Spesa farmaceutica convenzionata netta pro-capite pesata
B3	SARTANI NON ASSOCIATI ATC4 C09CA: Spesa farmaceutica convenzionata netta pro-capite pesata
B4	SARTANI ASSOCIATI ATC4 C09DA: Spesa farmaceutica convenzionata netta pro-capite pesata
B5	ADRENERGICI RESPIRATORI ATC4 R03AK: Spesa farmaceutica convenzionata netta pro-capite pesata
B6	% Spesa farmaceutica ospedaliera con AIC fuori PTO / Totale spesa farmaceutica ospedaliera
B7	Variazione % Costi annuali dei Laboratori Analisi di AAVV rispetto all'anno precedente
B8	Variazione assoluta spesa annuale per le prime 5 classi ATC4 a maggior impatto economico nella farmaceutica convenzionata erogate tramite somministrazione diretta rispetto all'anno precedente
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - PREVENZIONE COLLETTIVA	
C1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
C2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
C3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
C4	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina
C5	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
C6	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
C7	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare
C8	% di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza
C9	% di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina
C10	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina
C11	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui
C12	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95
C13	Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992) % Percentuale dei campioni previsti
C14	Tasso standardizzato infortuni indennizzati
C15	Rapporto strutture complesse / strutture semplici nei Dipartimenti di Prevenzione: Δ Media ASUR
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA TERRITORIALE	
D1	Tasso di ricovero per asma pediatrico
D2	Tasso di ricovero per diabete
D3	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco
D4	Tasso di ricovero per infezioni delle vie urinarie
D5	Tasso di ricovero per polmonite batterica nell'anziano

COD.	INDICATORE
D6	Tasso di ricovero per BPCO
D7	Tasso di amputazioni maggiori per diabete
D8	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni
D9	% Ricoveri psichiatrici di pazienti maggiorenni ripetuti entro 1 anno
D10	Tasso di prestazioni di specialistica ambulatoriale
D11	Tasso di prestazioni di laboratorio
D12	Tasso di prestazioni di medicina nucleare
D13	Tasso di prestazioni di radiologia diagnostica
D14	Tasso di prestazioni di risonanza magnetica
D15	Tasso di prestazioni di TAC
D16	Tasso di prestazioni di ecocolordoppler
D17	Giornate di assistenza pro-capite nelle strutture residenziali: Δ Mediana
D18	Giornate di assistenza pro-capite nelle strutture semiresidenziali: Δ Mediana
D19	N. soggetti con età > 65 anni trattati con ADI
D20	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base: Δ Media ASUR
D21	Spesa pro capite continuità assistenziale : Δ Media ASUR
D22	Valore pro capite dell'assistenza specialistica - attività clinica: Δ Media ASUR
D23	Valore pro capite per assistenza specialistica - attività di laboratorio: Δ Media ASUR
D24	Valore pro capite per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini: Δ Media ASUR
D25	Rapporto strutture complesse / strutture semplici nei distretti: Δ Media ASUR
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Governo della domanda	
E1	Tasso di ospedalizzazione globale
E2	Tasso di ospedalizzazione sui ricoveri ordinari
E3	Tasso di ospedalizzazione sui ricoveri in day hospital e one day hospital
E4	% di fughe extra regione
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Efficienza	
F1	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
F2	Indice di performance degenza media per acuti totale (Struttura <100 PL)
F3	Indice di performance degenza media per acuti totale (Struttura >100 PL)
F4	Peso medio DRG dei ricoveri ordinari
F5	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura <100 PL)
F6	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura >100 PL)
F7	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura <100 PL): Δ Media ASUR
F8	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura >100 PL): Δ Media ASUR
F9	Rapporto strutture complesse / strutture semplici nei presidi ospedalieri: Δ Media ASUR
F10	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Appropriatezza	
G1	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
G2	% DRG medici dimessi dai reparti chirurgici
G3	DRG chirurgici potenzialmente inappropriati: % Ricoveri in day surgery
G4	% Ricoveri ordinari medici brevi
G5	% Ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica
G6	Ricoveri medici oltre soglia per 1000 residenti over 65
G7	% Ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri
G8	% Ricoveri ad elevata complessità (peso >2) sul totale dei ricoveri
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Qualità clinica	
H1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC
H2	% parti cesarei primari sul totale dei parti
H3	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
H4	Mortalità intraospedaliera per infarto
H5	Embolia polmonare o trombosi venosa post chirurgica
H6	Indice di sinistrosità
H7	Interventi chirurgici per Angioplastica coronarica
H8	Interventi chirurgici per Artroplastica ginocchio

COD.	INDICATORE
H9	Interventi chirurgici per Rivascolarizzazione carotidea
H10	Interventi chirurgici per Colectomia totale
H11	Interventi chirurgici per Colectomia laparoscopica
H12	Interventi chirurgici per Frattura del collo del femore
H13	Interventi chirurgici per TM polmone
H14	Interventi chirurgici per TM stomaco
H15	Interventi chirurgici per TM colon
H16	Interventi chirurgici per TM mammella
H17	Interventi chirurgici per TM prostata
H18	Interventi chirurgici per TM rene
H19	Interventi chirurgici per TM vescica
H20	Tasso di allattamento al seno alla nascita
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE: Appropriatezza prescrittiva	
I1	% DDD dei farmaci appartenenti al PHT in distribuzione diretta e per conto rispetto ai consumi in distribuzione diretta, per conto e convenzionata
I2	Inibitori selettivi della serotonina (ATC4:N06AB): Consumi in farmaceutica convenzionata
I3	Altri antidepressivi (ATC4:N06AX): Consumi in farmaceutica convenzionata
I4	Inibitori della pompa acida (ATC4:A02BC): Consumi in farmaceutica convenzionata
I5	% di Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina in farmaceutica convenzionata
I6	Morfina (ATC6:N02AA01): Consumi in farmaceutica convenzionata
I7	Farmaci oppioidi (ATC3:N02A): Consumi in farmaceutica convenzionata
I8	Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC4:C10AA): Tasso di abbandono in farmaceutica convenzionata
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Efficienza prescrittiva	
L1	% di DDD dei farmaci biosimilari prescritti a pazienti "drug naive" rispetto al totale biosimilari + "originator" in farmaceutica territoriale
L2	Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC4:C10AA): % Off patent in farmaceutica convenzionata
L3	Inibitori selettivi della serotonina (ATC4:N06AB): % Off patent in farmaceutica convenzionata
L4	Altri antidepressivi (ATC4:N06AX): % Off patent in farmaceutica convenzionata
L5	ACE inibitori non associati (ATC4:C09AA): % Off patent in farmaceutica convenzionata
L6	ACE inibitori associati (ATC4:C09BA): % Off patent in farmaceutica convenzionata
L7	Derivati diidropiridinici (ATC4:C08CA): % Off patent in farmaceutica convenzionata
L8	Fluorochinoloni (ATC4:J01MA): % Off patent in farmaceutica convenzionata
INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA: Appropriatezza prescrittiva	
M1	Consumo ospedaliero di antibiotici
M2	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti
M3	Consumo ospedaliero di morfina
INDICATORI DI ORIENTAMENTO VERSO IL PAZIENTE - TEMPI DI ATTESA	
N1	Rispetto degli indicatori di risultato inseriti nel Piano Aziendale sulle Liste di Attesa

Scheda di Budget



Area Vata n. _
Scheda di Budget
Anno _____

DIPARTIMENTO

C.D.R.

RESPONSABILE

SETTORE STRATEGICO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALORE ATTESO	RANGE PUNTEGGIO	NOTE
Economico-finanziario	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Efficienza ed appropriatezza organizzativa	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Miglioramento della Qualità - Comunicazione - Soddisfazione degli utenti	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Apprendimento e crescita dell'organizzazione	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						

RISORSE ECONOMICHE		BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Consumi di beni sanitari						
Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale						
Consumi di medicinali senza AIC						
Consumi di emoderivati di produzione regionale						
Consumi di sangue ed emocomponenti						
Consumi di prodotti dietetici						
Consumi di materiali per la profilassi igienico-sanitaria						
Consumi di prodotti farmaceutici ad uso veterinario						
Consumi di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario						
Consumi di dispositivi medici						
Consumi di dispositivi medici impiantabili attivi						
Consumi di dispositivi medici diagnostici in vitro						
Consumi di prodotti chimici						
Consumi di altri beni e prodotti sanitari						
Consumi di beni non sanitari						
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari						
Rimborsi, assegni e contributi						
Acquisti di servizi non sanitari						
Manutenzioni e riparazioni						
Godimento beni di terzi						
Costo del personale ruolo sanitario						
Costo del personale ruolo professionale						
Costo del personale ruolo tecnico						
Costo del personale ruolo amministrativo						
Altri costi del personale dipendente						
Altre convenzioni di lavoro						
Ammortamenti						
TOTALE COSTI DIRETTI		0		0		
INDICATORI DI PERFORMANCE		BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
(si veda il Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2015)						

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

NUOVE TECNOLOGIE	Codice CIVAB (solo per Attr. Biomedicali)	Acquisto/leasing/noleggiorcomodato	Nuova/Upgrading/integrazione	Sostitut./ 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					

Scheda di valutazione
Dirigenza e Comparto (Fac-simile)

SCHEDA di VALUTAZIONE

DIRIGENZA

(fac-simile)

Anno

Struttura Organizzativa

Dati Anagrafici del Valutato

Cognome e Nome

Matricola

Posizione professionale

Area dei risultati

Punteggio

Livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza

....

Livello di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati (come da scheda obiettivi allegata)

...

Area dei comportamenti organizzativi

Punteggio

Integrazione interna/esterna

Organizzazione

Risoluzione dei conflitti

VALUTAZIONE COMPLESSIVA (= somma dei punteggi)

Punti di forza e Aspetti da migliorare

Osservazioni del valutato

Data

Firma del valutatore

Firma del valutato

SCHEDA di VALUTAZIONE**COMPARTO***(fac-simile)*

Anno

Struttura Organizzativa

Dati Anagrafici del Valutato

Cognome e Nome

Matricola

Posizione professionale

Area dei risultati**Punteggio***Livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza*

...

Livello di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati (come da scheda obiettivi allegata)

....

Area dei comportamenti organizzativi**Punteggio**

Conoscenze generali

Grado di coinvolgimento nella struttura

Attenzione ai propri doveri

Orientamento all'utenza

VALUTAZIONE COMPLESSIVA (= somma dei punteggi)**Punti di forza e Aspetti da migliorare****Osservazioni del valutato****Data****Firma del valutatore****Firma del valutato**