

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

Oggetto: PIANO DELLA PERFORMANCE 2014-2016. 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;

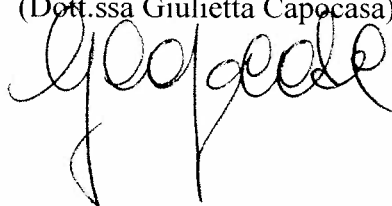
- D E T E R M I N A -

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento “Piano della Performance 2014-2016” di cui all’Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell’ASUR nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
3. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
4. 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;
5. 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;
6. 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.ssa Giulietta Capocasa)



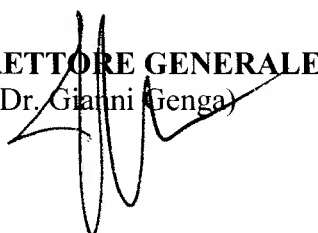
IL DIRETTORE SANITARIO

(Dr. Alessandro Manni)



IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Gianni Genga)



**- 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 27 dicembre 2013, n. 1750 “L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi per l'anno 2014”
- 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”
- Assemblea Legislativa Regione Marche “Deliberazione n. 38 PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012/2014. SOSTENIBILITA', APPROPRIATEZZA, INNOVAZIONE E SVILUPPO”
- Determina del Direttore Generale ASUR del 31 luglio 2012 n. 639 “Piani di Area Vasta – Determinazioni.”

- DGRM del 1 agosto 2012, n. 1174 “Direttiva vincolante per il Direttore Generale dell'ASUR, per i Direttori di Area Vasta e per i Direttori generali degli altri Enti del servizio sanitario regionale”
- LEGGE 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”
- 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”
- LEGGE 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”
- 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 26 febbraio 2014 n. 103 “DGRM 1750/13 – Determinazioni”

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. 73 del 18/02/2014, ha approvato il Piano della Trasparenza ed Integrità dell'ASUR, il quale con riferimento al Piano della Performance (Allegato 1, par. 10) dispone quanto segue:

“La piena riconoscibilità delle informazioni riguardanti tutti gli aspetti dell'organizzazione, degli indicatori relativi all'andamento gestionale, dei risultati raggiunti, della misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, permette ai cittadini di valutare in modo semplice l'operato dell'Ente.

In tale ottica, la pubblicazione del Piano della Performance e della relazione rappresenta un ulteriore obiettivo della “Trasparenza”. Prevedendo un disegno di attuazione complesso, le strutture competenti sono chiamate alla sua implementazione entro 60 gg. dall'approvazione del presente Piano, procedendo fin d'ora alla pubblicazione degli Obiettivi di Budget disponibili.”

In applicazione di tale dispositivo, è stato predisposto il Piano delle Performance 2014-2016, in aderenza alle disposizioni vigenti in materia, nonché agli obiettivi aziendali derivanti dalla programmazione nazionale e regionale (PSR 2012-2014, Det. ASUR/DG n.639/2012, DGRM n. 1174/2012, Legge n. 135/2012, DGRM n. 1696/2012, DGRM n. 551/2013, DGRM n. 735/2013 e n. 920/2013, DGRM n. 1345/2013 e DGRM n. 1750/13).

Tale documento è stato oggetto di validazione da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale, come da verbale del 15/05/2014.

Inoltre, con nota prot. 9712 del 30/04/2014 del Direttore Generale è stata avviata l'informativa verso le Organizzazioni Sindacali Regionali dell'Area del Comparto, della Dirigenza SPTA e della Dirigenza Medico-Veterinaria.

In seguito alle osservazioni pervenute da parte di alcune sigle sindacali, anche nel corso degli incontri appositamente convocati, sono state apportate alcune modifiche al documento originario, arrivando alla stesura definitiva del Piano della Performance 2014-2016, trasmessa in data 22/07/2014 alle Organizzazioni sindacali della Dirigenza medico-veterinaria e Dirigenza Sanitaria ed in data 24/07/2014 a quelle del Comparto e della Dirigenza PTA.

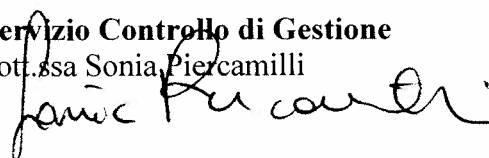
Per quanto sopra esposto, si propone l'approvazione del seguente dispositivo.

1. di approvare, per le motivazioni espresse nel documento istruttorio, il documento “Piano della Performance 2014-2016” di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di pubblicare il suddetto documento sul sito web dell'ASUR nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
3. di trasmettere copia della presente determina ai Direttori di Area Vasta per quanto di competenza;
4. 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;

5. 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;
6. 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

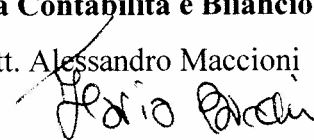


Il Dirigente del Bilancio

Il sottoscritto attesta che dal presente atto non derivano oneri a carico del Bilancio aziendale.

Area Contabilità e Bilancio

Dott. Alessandro Maccioni



- ALLEGATI -

Allegato A "Piano della Performance 2014-2016"

PIANO DELLA PERFORMANCE

2014-2016

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
D) L'Amministrazione «in cifre»	10
1 - Le risorse economiche e finanziarie	10
2 - Le risorse professionali	11
3 - La struttura dell'offerta	11
4 - I servizi sanitari erogati	14
E) Il Piano delle Performance 2014-2016	16
1 - Obiettivi e indicatori strategici	16
2 - Obiettivi operativi	18
3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2014	21
F) Il ciclo della performance	27
F) Il sistema di valutazione e misurazione della performance	29
1 - La finalità	29
2 - Il processo di valutazione	30
3 - Il processo di misurazione	31
4 - Gli strumenti di misurazione	32
5 - La corresponsione dei compensi	32

Allegato 1: Schema di Conto Economico del Bilancio di esercizio 2012

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 individua per il triennio 2014-2016 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.

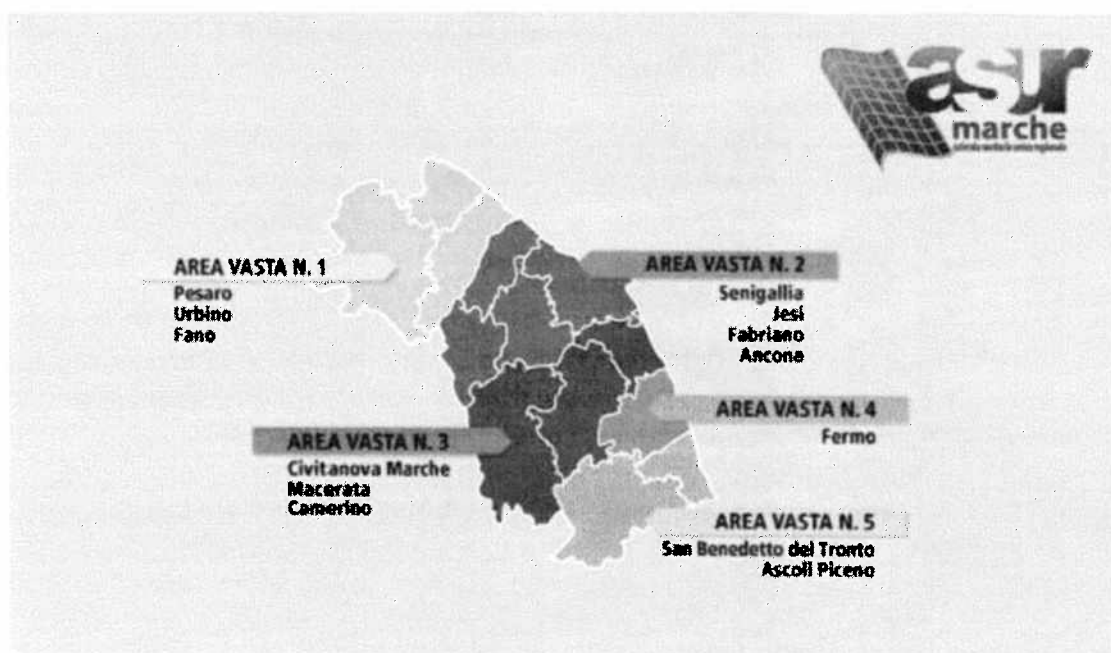
La peculiarità dell'ASUR, quale Azienda unica regionale della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. Ciò anche alla luce delle disposizioni contenute nella L.R. 13/2003 (art. 9, comma 2) che prevedono la contrattazione decentrata integrativa come funzione di Area Vasta.

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.

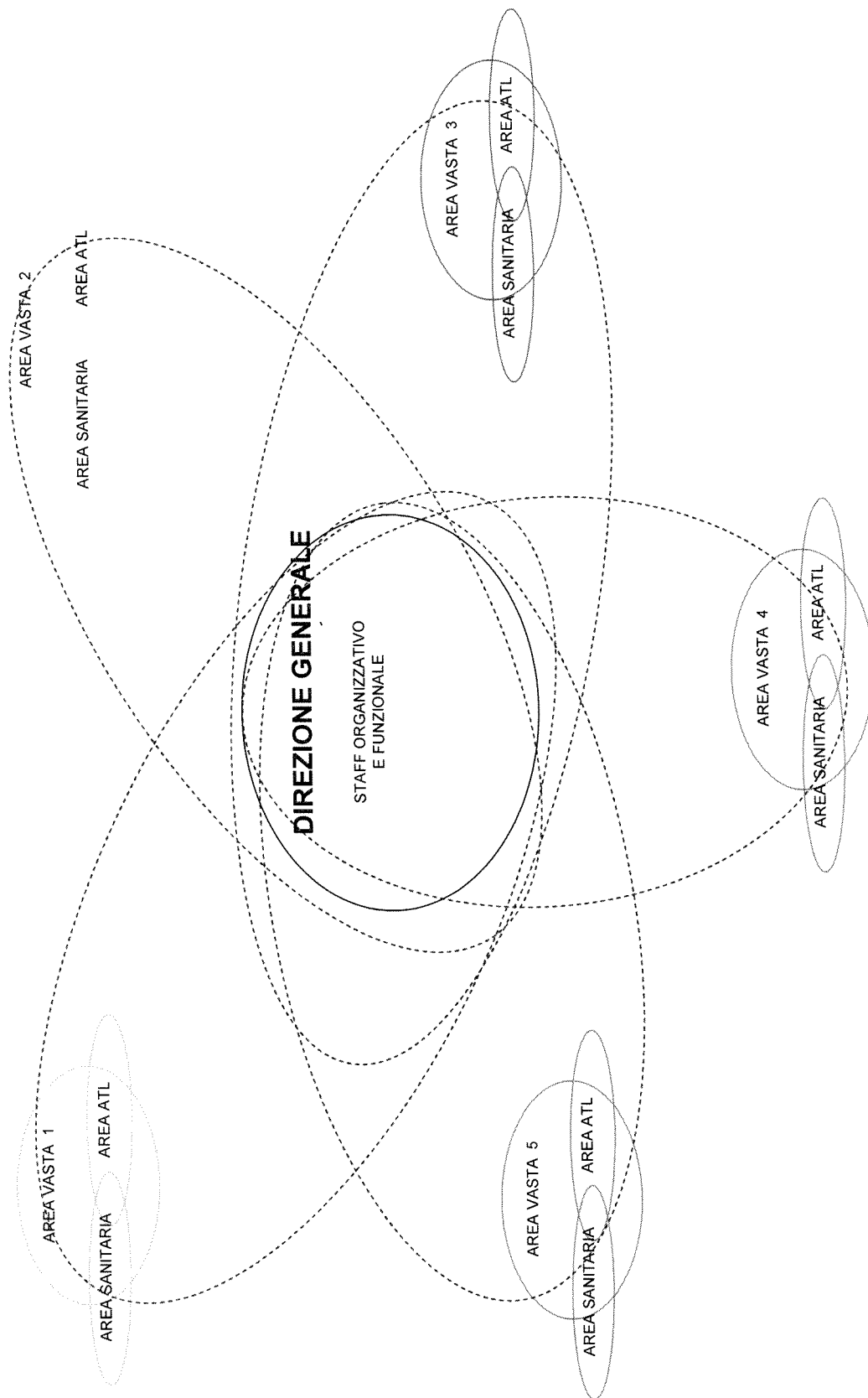


In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di **garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche**. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di **rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari 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 01/01/2013 è pari a 1.545.155¹ distribuita in 239 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.

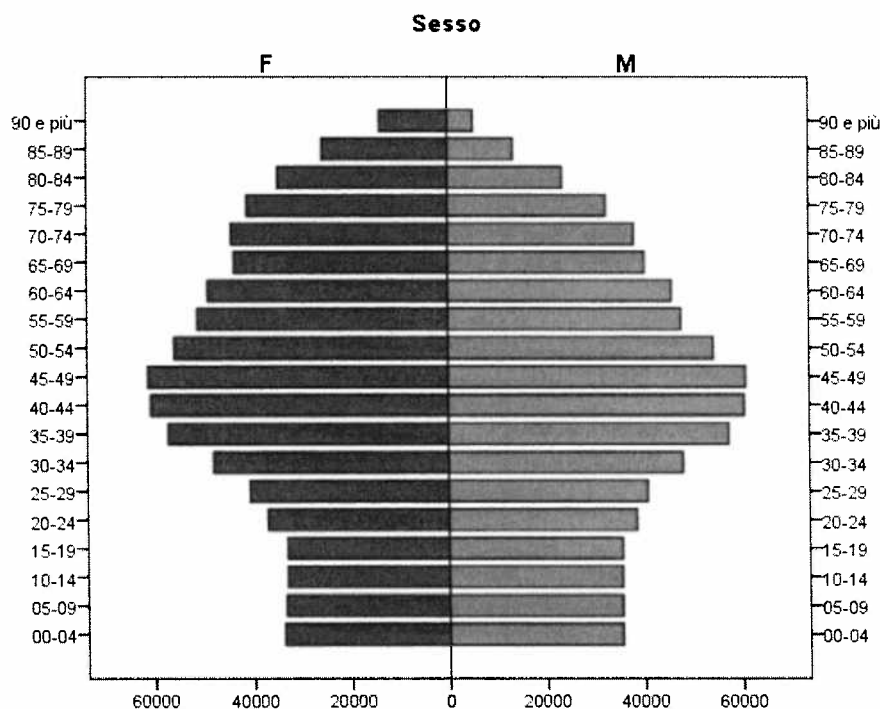
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2013	CLASSI DI ETÀ ¹							
		Neonati	1-4 anni	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64anni	65-74anni	=>75anni
AV1 PESARO	363.388	3.135	13.721	33.341	66.542	65.576	100.037	38.858	42.178
AV2 ANCONA	488.679	4.199	18.298	43.405	88.215	86.936	133.644	53.145	60.837
AV3 MACERATA	307.234	2.638	11.155	27.164	55.882	55.147	83.617	32.703	38.928
AV4 FERMO	175.143	1.422	6.065	15.336	31.398	31.266	48.702	18.670	22.284
AV5 ASCOLI PICENO	210.711	1.636	6.984	18.217	38.121	37.548	59.173	23.052	25.980
TOTALE	1.545.155	13.030	56.223	137.463	280.158	276.473	425.173	166.428	190.207

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 80,6 anni e per le donne di 85,3 (dati Istat, 2012), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 79,6 maschi e 84,4 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 173%, supera di ben 22 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (356.635) rappresentano il 23,1% della popolazione residente (in Italia il 21,2%).

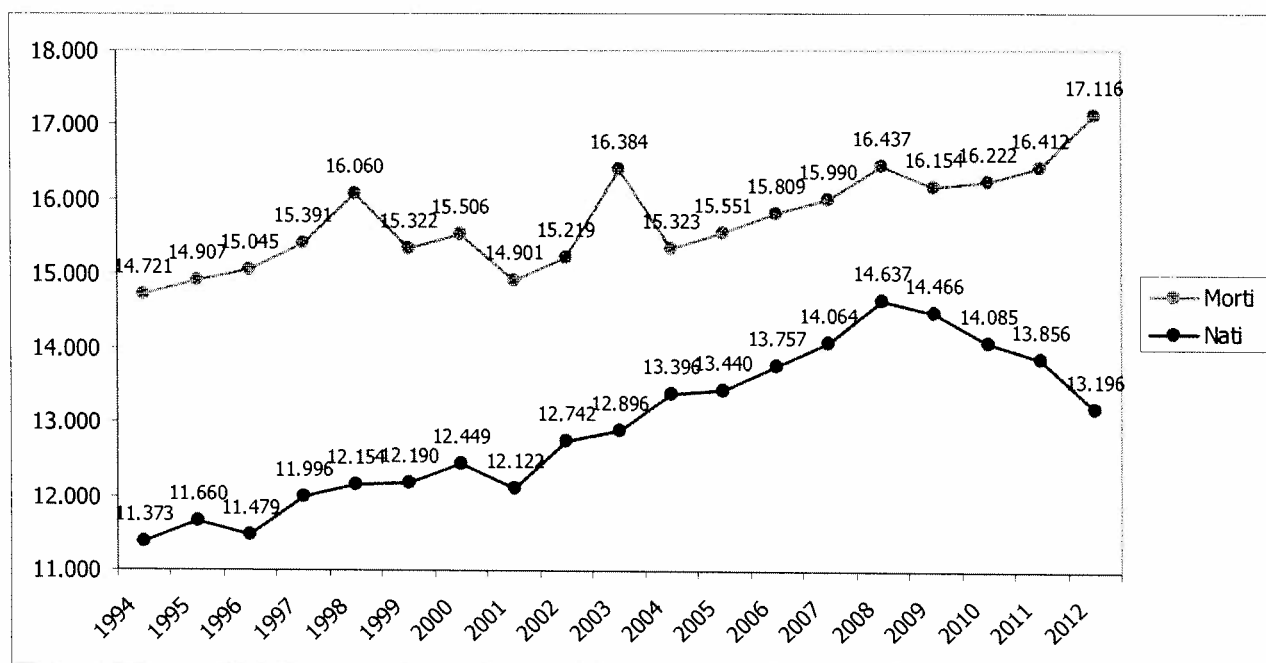
Nel 2012, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale è risultato negativo (-3.920 unità), di nuovo in aumento rispetto al 2011 (pari a -2.556 unità); il dato provvisorio 2013 conferma il trend in atto, con un saldo naturale negativo pari a -3.974 unità.

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", testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare quella femminile, con la conseguente attesa di vita maggiore.

¹ Fonte: ISTAT



Di seguito, si rappresenta il numero di nati e dei morti nella Regione Marche nel periodo 1994-2012; 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 2012 è risultato nelle Marche pari a 2,39 unità, in linea con la media nazionale (2,29).

3 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2014-2016 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 2010-2012 sono state in più riprese tagliate da numero provvedimenti nazionali, quali:

- il D.L. n. 78 del 31/05/2010 che ha ridotto al 1,42% la crescita attesa del FSR così come prevista originariamente dal Patto per la Salute 2010/2012 pari al 2,8%, prevedendo le seguenti c.d. economie di spesa a compensazione della riduzione del finanziamento del SSN: riduzione della spesa farmaceutica per Euro 600 mln annui e riduzione del costo del personale per Euro 1.132 mln nell'anno 2013;

- il D.L. n. 98 del 06/07/11 che ha previsto ulteriori tagli del FSN per euro 3.404 mln nell'anno 2013;

- il D.L. n. 95 del 31/05/2010 che ha introdotto nuove economie per complessivi 1.800 milioni di euro sulle voci della spesa farmaceutica, sui beni e servizi, acquisti di prestazioni da privato accreditato;

- il Patto per la Salute 2013 ha previsto ulteriori tagli del FSN per euro 600 mln nell'anno 2013;

- il D.Lgs. 118/11 che ha introdotto nuove regole per la contabilizzazione dei cespiti acquistati con contributi in conto esercizio.

Alla luce di tali vincoli normativi, il Piano Sanitario Regionale 2012-2014 (di cui all'AA n. 38 del 16/12/2011) ha definito il quadro della programmazione regionale per il triennio, indirizzando il SSR verso la 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 ambito sanitario, un ambito di fondamentale importanza è costituito dalla realizzazione di reti cliniche che si pongono ad un livello sovrapponibile ai network indicati, operando trasversalmente ad essi e sono connotate da una forte collaborazione/condivisione dei metodi, linguaggi e procedure tra strutture e operatori appartenenti a diverse aree professionali e assistenziali, al fine di consentire il coordinamento complessivo sull'intero percorso di cura del paziente".

Gli Enti del SSR conseguentemente hanno adottato i Piani attuativi di Area Vasta geograficamente intesa, di cui alla Determina ASUR n. 639/2012, divenuti operativi a seguito di direttiva vincolante della Giunta Regionale, giusta DGR n. 1174 dell'1 Agosto 2012.

Con l'entrata in vigore della legge n. 135 del 7/08/2012, cosiddetta "Spending Review", la Regione ha individuato ulteriori interventi correttivi con DGRM 1696 del 03/12/12 avente ad oggetto "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”; tale riorganizzazione prevede:

- 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.

Con DGRM 551 del 17/04/2013 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 505 strutture semplici e 354 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.

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), 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 regionale.

Presupposto fondamentale per il nuovo modello organizzativo sopra richiamato 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.

Infine, la riorganizzazione delle Reti Cliniche, così come imposta dalla DGR 1345 del 30 Settembre 2013 “Riordino delle Reti Cliniche della Regione marche”, ha individuato due livelli organizzativi per ciascuna Rete Clinica:

1. Numero di Strutture Complesse (SOC), ulteriormente declinato su 3 livelli di integrazione (Intra AV, Inter AV e Inter Aziendale);
2. Numero di Sedi di erogazione.

D) 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 2.700 milioni di Euro, evidenzia fin dal 2007 una situazione di equilibrio economico complessivo.

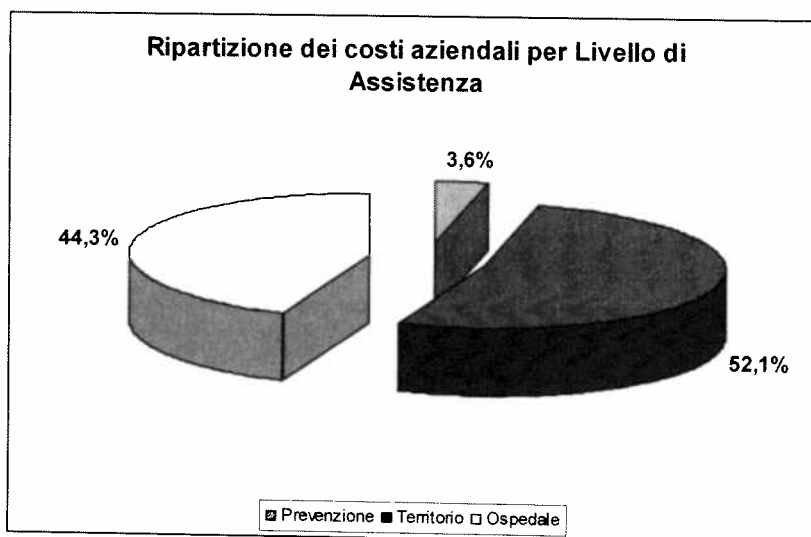
Il trend dei risultati economico-finanziari raggiunti negli ultimi anni, misurati in termini di utile di bilancio, è rappresentato nel prospetto seguente.

	Esercizio 2012	Esercizio 2011	Esercizio 2010	Esercizio 2009	Esercizio 2008	Esercizio 2007
Risultato di bilancio (Utile)	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 2.730,1 milioni di euro nel 2012) derivano per il 93,5% 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 52,4% del totale), il personale (per il 26,3% del totale) e beni e servizi (per il 17,4% del totale). Si veda il Bilancio aziendale 2012 riportato nell'Allegato 1.

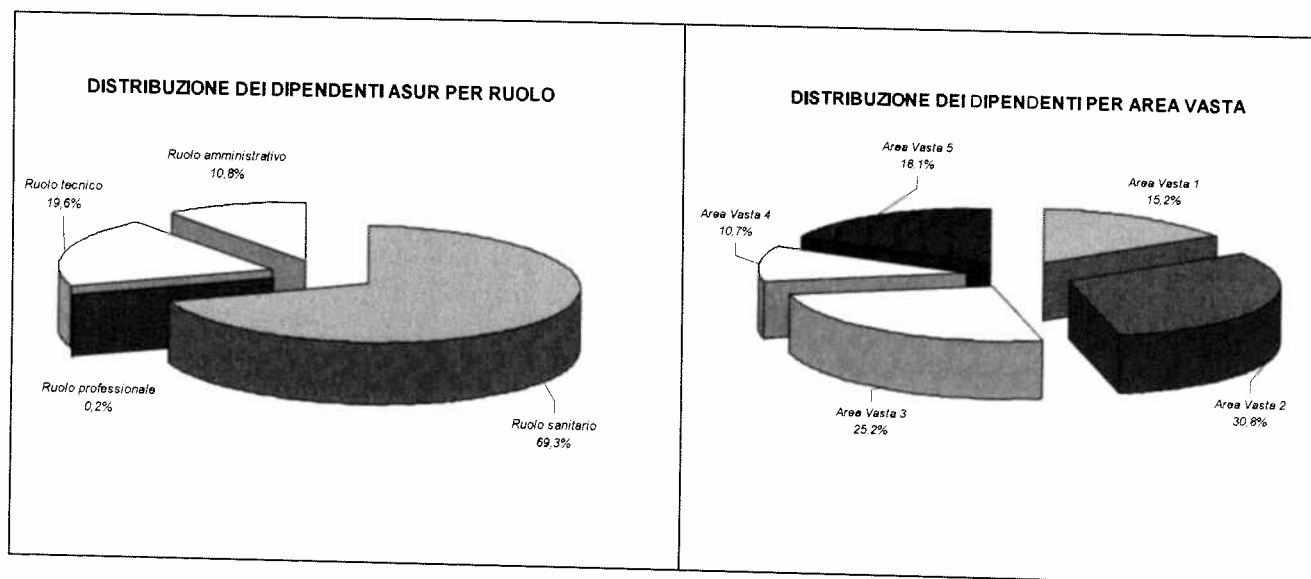
Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi 2012, la Prevenzione assorbe il 3,6% (corrispondente a 98 milioni di euro), il territorio il 52,1% (corrispondente a 1.415 milioni di euro) e, infine, l'assistenza ospedaliera il 44,3% del totale (pari a 1.204 milioni di euro).



2 -Le risorse professionali

L'ASUR conta 13.882 dipendenti alla data del 31/12/2012², così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale.

NUMERO DIPENDENTI AL 31.12.2013		Totale teste ASUR	Area Vasta 1	Area Vasta 2	Area Vasta 3	Area Vasta 4	Area Vasta 5
RUOLO	AREA						
sanitario	dirigenza medica	2.249	288	704	586	246	425
	dirigenza non m.	275	51	93	65	26	40
	comparto san	7.080	1.038	2.144	1.828	786	1.284
professionale	dirigenza prof	16	3	5	2	3	3
	comparto prof	16	3	4	6	3	-
tecnico	dirigenza tecn	39	11	13	5	3	7
	comparto tec	2.683	466	871	623	256	467
amministrativo	dirigenza amm	78	11	26	17	10	14
	comparto amm	1.426	232	413	359	150	272
TOTALE		13.862	2.103	4.273	3.491	1.483	2.512



L'Azienda opera altresì mediante 1.203 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.351.489 unità, e 182 pediatri di libera scelta, che assistono 166.708 assistiti³.

3 - La struttura dell'offerta

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

² Fonte: Relazione del Direttore Generale di accompagnamento al Bilancio di esercizio 2012.

³ Fonte: Modello FLS 12 Anno 2012.

L'Azienda opera mediante 13 Presidi a gestione diretta e 14 Case di Cura Private convenzionate; i Presidi Unici delle Ex Zone Territoriali (n. 2-5-6-7-8-9-10-11) sono articolati in 23 stabilimenti ospedalieri.

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.

Strutture pubbliche

Presidi Unici

Area Vasta	Codice struttura	Denominazione struttura
AV1	110005	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO
AV1	110006	OSPEDALE CIVILE FOSSOMBRONE
AV1	110102	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT2
AV2	110104	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4 - SENIGALLIA
AV2	110105	ASUR-AREAVASTA2 PRESIDIO OSP.UNICO JESI
AV2	110106	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT6
AV2	110107	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT7
AV3	110108	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT8
AV3	110109	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT9
AV3	110110	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT10
AV4	110111	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT11
AV5	110112	P.O. ZT12 MADONNA DEL SOCCORSO - S.BENED
AV5	110113	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT13

Stabilimenti per Presidio

Codice struttura	Denominazione struttura	Codice stabilimento	Descrizione
110102	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT2	01	OSP. S.MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO
		02	OSPEDALE LANCIARINI - SASSOCORVARO
		03	OSPEDALE CELLI - CAGLI
110105	ASUR-AREAVASTA2 PRESIDIO OSP.UNICO JESI	01	OSPEDALI RIUNITI DI JESI
		02	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI
110106	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT6	01	OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI' - FABRIANO
		02	OSP. S.ANTONIO ABATE - SASSOFERRATO
110107	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT7	01	OSP. SS. BENVENUTO E ROCCO - OSIMO
		02	OSPEDALE M. MONTESSORI - CHIARAVALLE
		03	OSPEDALE SANTA CASA - LORETO
110108	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT8	01	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA
		02	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA - RECANATI
110109	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT9	01	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA
		02	OSPEDALE DI TOLENTINO
		03	OSPEDALE DI TREIA
110110	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT10	01	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO
		02	OSPEDALE B.EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.
		03	OSPEDALE S.SOLLECITO - MATELICA
110111	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT11	01	OSPEDALE DI FERMO
		02	OSPEDALE DI MONTEGIORGIO
		03	OSPEDALE DI S.ELPIDIO A MARE
110113	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO ZT13	01	OSPEDALE GEN.LE C.G.MAZZONI - ASCOLI
		02	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA

Strutture private

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 IGEEA	Struttura riabilitativa Ex art. 26
AV2	110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura multispecialistica
AV2	110038	CASA DI CURA VILLA SERENA	Struttura multispecialistica
AV2	110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura monospecialistica 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 monospecialistica del settore neuro-psichiatrico
AV5	110072	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	Struttura multispecialistica
AV5	110073	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	Struttura multispecialistica
AV4	110074	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERDE	Struttura multispecialistica

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.358 unità, comprendenti 415 posti letto di DH/DS, 439 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2504 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti)⁴.

I posti letto delle Case di Cura private regionali sono pari a 921 unità, comprendenti 76 posti letto di DH/DS, 360 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 485 posti letto ordinari.⁵

L'Azienda opera mediante 274 strutture territoriali a gestione diretta e 156 strutture territoriali convenzionate⁶.

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

Numero di strutture a gestione diretta ASUR	Tipo di struttura			
	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE
ATTIVITA' CLINICA	78			83
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	36			20
ATTIVITA' DI LABORATORIO	30			17
ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE				48
ASSISTENZA PSICHIATRICA		25	18	31
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI		2	2	19
ASSISTENZA AIDS				6
ASSISTENZA IDROTERMALE				
ASSISTENZA AGLI ANZIANI		27	1	
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		2	1	
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI		2	6	
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI		7		

⁴ Fonte: HSP 11 e 12 anno 2012

⁵ Fonte: HSP 11 e 13 anno 2012.

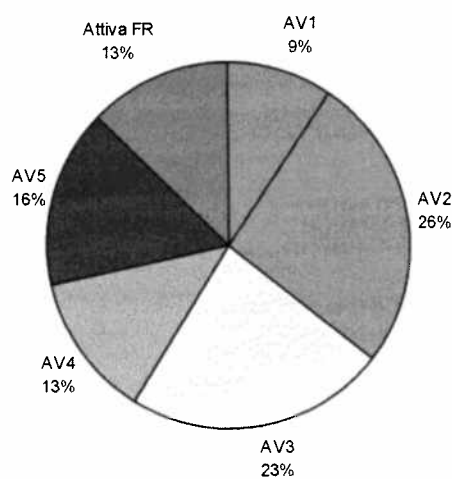
⁶ Fonte: HSP 11 anno 2012.

Numero di strutture convenzionate	Tipo di struttura			
	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE
ATTIVITA' CLINICA	49			6
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	20			
ATTIVITA' DI LABORATORIO	55			
ASSISTENZA PSICHIATRICA		13	1	2
ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI		11	1	
ASSISTENZA AIDS		1		
ASSISTENZA IDROTERMALE				6
ASSISTENZA AGLI ANZIANI		14	1	
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		1		
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI		6		

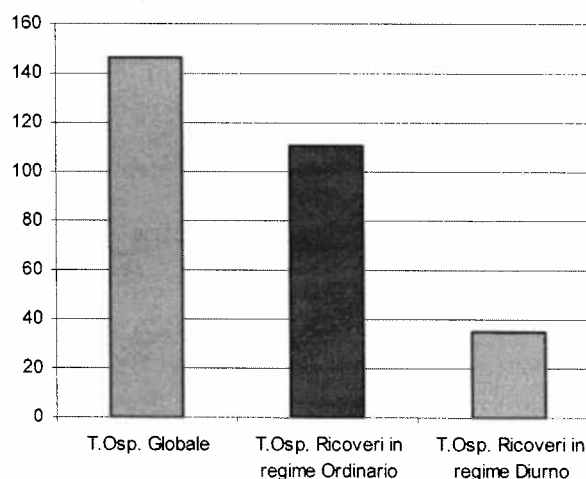
4 - I servizi sanitari erogati

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 2013 ha erogato complessivamente 158.057 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 87% ai propri residenti e 13% ai residenti di altre regioni, con un tasso di attrazione extraregionale del 15%. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con l'utilizzo della mobilità passiva extraregionale del 2012) è pari a 147, con un valore pari a 111 per i ricoveri in regime ordinario e 35 per quelli in regime diurno.

Produzione aziendale per area di residenza

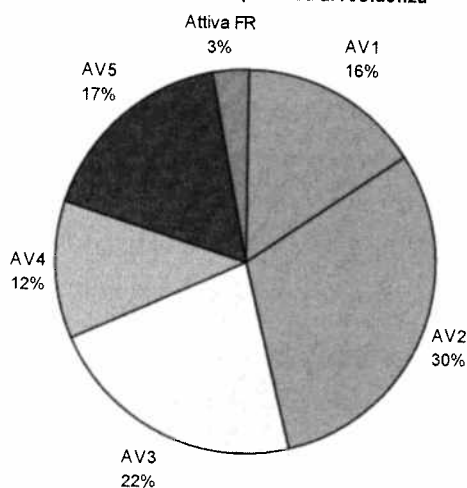


Tasso di ospedalizzazione / 1000 ab.

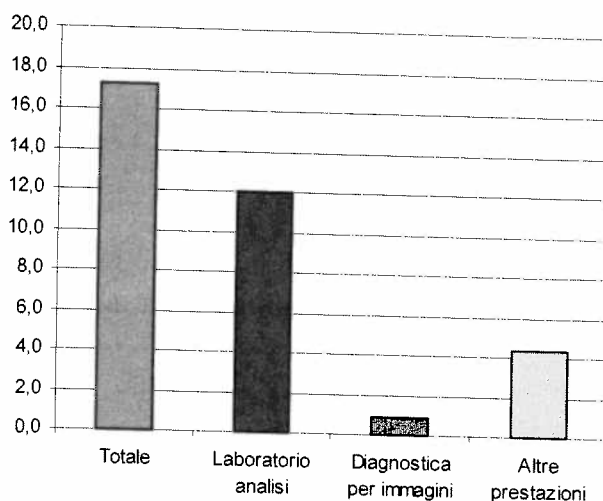


In merito all'assistenza specialistica, nel 2013 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 22.340.124 prestazioni, di cui 97% ai pazienti regionali ed il restante 3% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno in corso sono state mediamente erogate 17,3 prestazioni per residente, di cui 12 prestazioni di laboratorio analisi e 0,9 di diagnostica per immagini.

Produzione aziendale per area di residenza

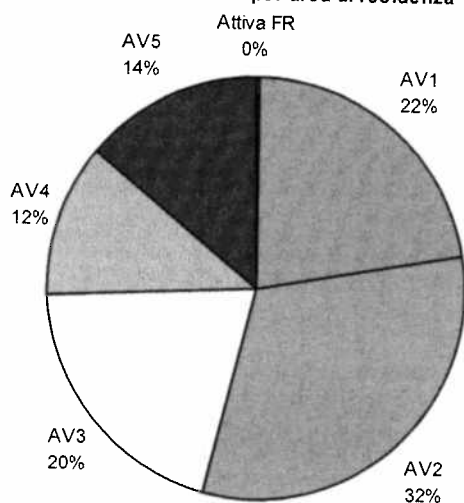


Prestazioni specialistiche Pro-Capite

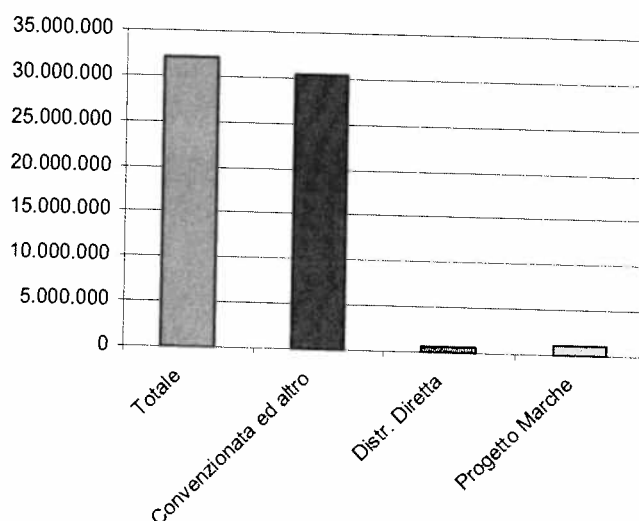


Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 32.153.610 farmaci, con una distribuzione più accentuata nelle Aree Vaste 1, 2 e 3. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 95% 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%).

Produzione aziendale per area di residenza



Quantità farmaci erogati nei vari canali distributivi



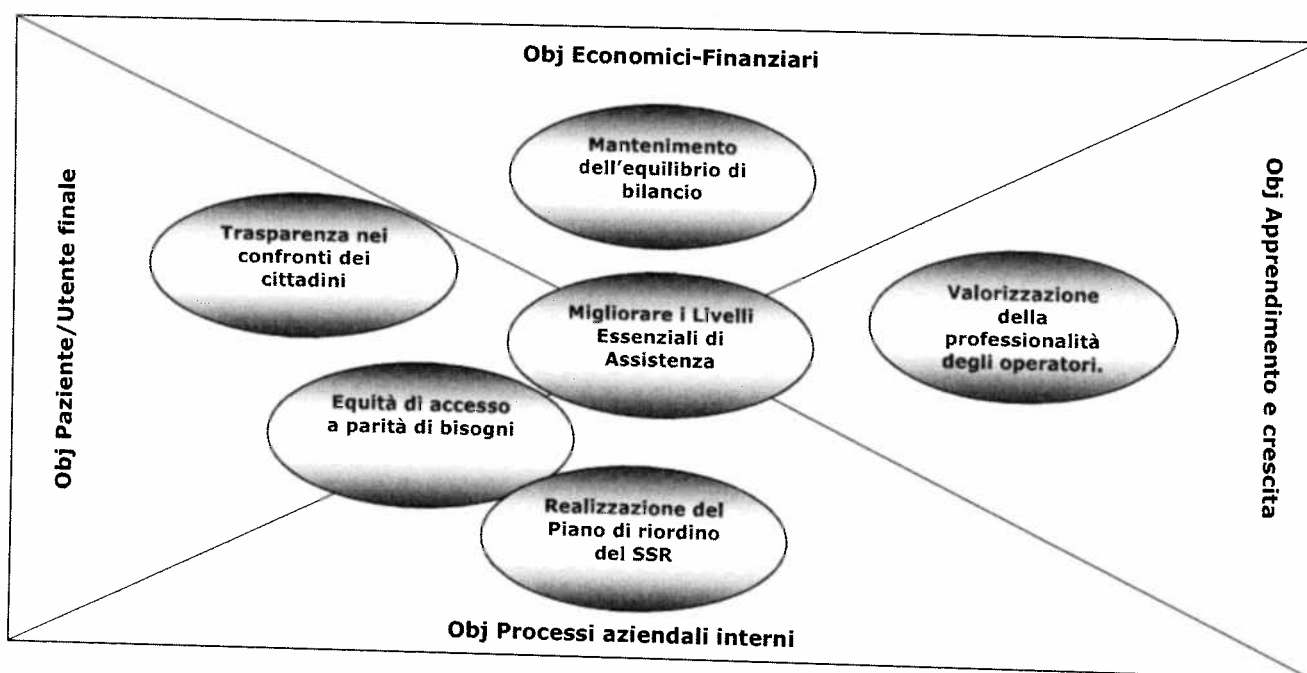
E) Il Piano delle Performance 2014-2016

1 - Obiettivi e indicatori strategici

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2014-2016 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 regionale⁷, 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 medici e infermieri, 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 2014-2016 (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;

⁷ Deliberazioni n. 478/2013 (Numero dei presidi ospedalieri per AAVV), n. 551/2013 (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 (Riordino delle reti cliniche).

- 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 2014.

LINEE DI AZIONE PRIORITARIE

Piano riordino

- ❖ Attuazione percorso riordino delle reti cliniche, come da DGR 1345/13
- ❖ Attuazione percorso riordino rete riconversione dei piccoli ospedali in Casa della Salute
- ❖ Attuazione percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza
- ❖ Revisione dell'assetto delle aree di degenza per lo sviluppo di un modello di ospedale per intensità di cure e complessità di assistenza ed allineamento dei posti letto alle indicazioni della DGR 735/13

Sviluppo integrazione H/Territorio e sviluppo percorsi presa in carico

- ❖ Sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani, con creazione di team multidisciplinari ad accesso programmato secondo modelli di self care e case management; inserimento professionalità ospedaliere nei gruppi di cure primarie
- ❖ Sviluppo dei percorsi continuità assistenziale ospedale-territorio, con relativi strumenti, quali dimissioni protette, percorsi di presa in carico con avvio/sviluppo di filiera assistenziale concepita per intensità di cure e trasversale
- ❖ Attivazione effettiva dei PUA

Contenimento costi

- ❖ Azioni di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera
 - Monitoraggio e controllo dei farmaci ad alto costo; sviluppo del percorso di controllo e revisione Area Vasta e successiva integrazione/implementazione a livello di rete oncologica regionale per la programmazione e il monitoraggio della spesa per chemioterapici (DGR 274/10); definire un budget AV/aziendale sui chemioterapici ed attivazione di un tavolo di monitoraggio aziendale con i Professionisti
 - Sviluppo del percorso dei farmaci in modalità off patent;
 - Aggiornamento commissioni PTO ed aggiornamento del PTO (anche per farmaci off patent) e prescrizione farmaci all'interno del PTO anche in dimissione ospedaliera
- ❖ Azioni di contenimento della spesa farmaceutica territoriale
 - Potenziamento della distribuzione diretta;
 - Aumento della distribuzione dei farmaci in modalità off patent
 - Avvio/sviluppo attività Commissioni PTO, aggiornate
 - Sviluppo attività Pool monitoraggio
 - Riduzione differenziali fra i diversi distretti per classi di farmaci

- ❖ Programmazione della spesa ed azioni di contenimento dei dispositivi medici con la costituzione di una commissione in AAVV per la valutazione e revisione, in un contesto di prezzo/qualità e preventiva all'inserimento di un nuovo DM in uso ospedaliero; attribuzione della funzione alla commissione PTO, con supporto della Ingegneria Clinica per i casi necessari, in previsione della attivazione di commissioni HTA

Personale

- ❖ Revisione piano prestazioni aggiuntive, in coerenza con lo sviluppo dei piani di assunzione nei limiti dati e di sistema
- ❖ Riduzione rapporti di lavoro flessibile

Riorganizzazione trasporti

- ❖ Riorganizzazione dei trasporti prevalentemente non sanitari, come da DGRM 968/2013 e determina 800/ASUR DG del 25/10/2013
- ❖ Realizzazione della C.C.T. in tutte le AAVV (AAVV 2 e 5); condivisione/omogeneizzazione procedure; utilizzo da parte CCT del sistema informativo

Tempi attesa

- ❖ Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni maggiormente critiche, come da linee di indirizzo regionali e piano aziendale
- ❖ Sviluppo attività dei Comitati di Partecipazione con Associazione Pazienti e Cittadini

Sviluppo della Partecipazione dei cittadini

- ❖ Sviluppo attività dei Comitati di Partecipazione con Associazioni dei Pazienti e dei Cittadini

Programma screening oncologici

- ❖ Aumento dell'efficacia dei programmi di Screening, a completamento del progetto regionale

Rischio clinico

- ❖ Completamento dell'assetto del percorso di Gestione del Rischio Clinico, con strutturazione della fase di segnalazione di eventi avversi e percorso di "Incident reporting"

Sviluppo della funzione di committenza

- ❖ Definizione del fabbisogno di prestazioni in convenzione ed in cessione di servizio verso le AAOO
- ❖ Definizione degli accordi di fornitura con le strutture private con indicazione analitica delle prestazioni sulla base delle liste di attesa; programmazione omogenea annuale; inserimento completo offerta ambulatoriale a CUP
- ❖ Definizione di accordi con i laboratori privati per la piena integrazione nell'attività distrettuale.

Flussi informativi

- ❖ Miglioramento della completezza e qualità dei flussi informativi previsti dal NSIS e rispetto adempimenti Tavolo Massicci

Strumenti

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

VINCOLI ECONOMICI

Con DGRM n. 1750 del 27 dicembre 2013, 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 2014 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali. Per l'esercizio provvisorio, la Regione assegna

all'ASUR un tetto di spesa di 2.274.908.401 euro, con una riduzione dei costi gestionali rispetto al Budget 2013 pari a complessivi 21.296.165 € (-1%). Conseguentemente, l'ASUR, con Det. 103/2014, ha assegnato in via provvisoria i tetti di spesa alle singole Aree Vaste in misura pari al -1% del Budget 2013.

Di seguito, si rappresentano i principali vincoli economici imposti dalla normativa regionale e nazionale sui singoli fattori.

❖ Prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di ricovero da soggetti privati accreditati:

Il D.L. n. 95/2012 (cd. "Spending review") convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012 prevede all'art. 15, comma 14, una riduzione della spesa complessiva annua del 2 per cento per l'anno 2014, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011.

❖ Spesa per appalti di servizi e per la fornitura di beni (esclusi farmaci e dispositivi medici)

Il Decreto all'art. 15, comma 13 (lettera a), così come modificato dalla L. 228/2012 (cd. Legge di stabilità 2013 - art. 1, commi 131, lettera a) e 132) prevede una riduzione del 10 per cento a decorrere dal 1° gennaio 2013; lo stesso articolo prevede che le Regioni possano comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario.

❖ Dispositivi medici

Il D.L. n. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012 così come modificato dalla L. 228/2012, prevede all'art. 15, comma 13 (lettera f), un tetto di spesa pari al 4,4 per cento rispetto al fabbisogno sanitario regionale.

❖ Costo del personale

L'art. 1, comma 565, della L. 296/2006 prevede che il costo del personale deve mantenersi al di sotto della soglia del -1,4% rispetto al costo del 2004 (esclusi rinnovi contrattuali) anche per il triennio 2013-2015; limitatamente agli anni 2013-2014 la regione è comunque considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico (art. 15, comma 21, D.L. 95 convertito in L. 135).

Inoltre, il D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 (art. 9, comma 28) prevede tra le altre manovre di contenimento la 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; a tal proposito la Regione Marche, con DGRM 1161/11 aveva fissato tale riduzione in misura pari al 10% nel 2011, al 20% nel 2012 e al 30% nel 2013. In attesa di specifico indirizzo per l'anno 2014, si prevede il mantenimento della riduzione in misura pari al 30%, così come previsto nel Protocollo programmatico relativo al processo di riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario, di cui alla DGRM n. 149 del 17/02/2014.

Infine, lo stesso D.L. 78/2010 prevede degli obiettivi di contenimento dei costi per missioni (-50% rispetto al 2009).

La DGRM 1156 del 29/07/2013 definisce gli indirizzi interpretativi dell'articolo 9 del DL 78 per il biennio 2013-2014 in materia di contenimento delle spese del personale.

Con riferimento al processo di stabilizzazione previsto dalla DGRM 137/2013, la delibera citata prevede che gli oneri derivanti dalla stabilizzazione siano compresi nel Budget annuo.

❖ Consulenze

Il costo delle consulenze deve ridursi dell'80% rispetto al costo di competenza 2009.

❖ Trasporti

La DGRM 968 del 25/06/2013 prevede un limite di spesa per i trasporti prevalentemente sanitari e prevalentemente non sanitari rispettivamente pari a 19.612.000€ ed a 1.700.000€, declinati per AAVV con Determina ASUR/DG n. 800 del 25/10/2013.

❖ Residenziale tossicodipendenti

La DGRM 1245 del 25/06/2013, prevedendo che il Budget relativo all'anno 2014 sia rinegoziato nei limiti del Budget assegnato all'ASUR per tale annualità dalla Regione, stabilisce di fatto una riduzione del Budget 2013 in misura pari al taglio del -1% operato dalla DGRM 1750/13 sul budget complessivo aziendale. La Det. 550 del 05/07/2013 ha definito la programmazione 2013 per Area Vasta dei costi di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali per pazienti con dipendenze patologiche, che in attesa dell'atto di competenza 2014 può essere considerato come base di calcolo per la riduzione del 1%.

❖ Residenze Protette

La DGRM 1230/10 stabilisce i livelli standard di assistenza e le relative tariffe; l'impatto derivante dall'adeguamento a standard assistenziali più elevati è stimato a livello aziendale e coperto da risorse specifiche.

3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2014

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati per l'anno 2014 i seguenti indicatori e risultati attesi.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2014 con apposita Delibera di Giunta.

Macroarea	Linee di azione prioritarie da perseguire	Azioni	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target
Prevenzione		Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Tutte >=95%
			Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=95%
			Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	N° di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza	N° di soggetti di età >=65 anni residenti	64%-75%
		Aumento dell'efficacia dei programmi di screening	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervicite uterina, mammella, colon retto	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella Persone in età target che seguono il test di screening per cervicite uterina Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto	donne residenti (50-69) / 2 donne residenti (25-64) / 3 persone residenti (50-69) / 2	(score >= 9 come da criteri di valutazione Questionario LEA 2012)
	Azioni di potenziamento nell'area della Prevenzione	Potenziamento del costo per il livello	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro	Costo livello di assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro (LA 19999)	Popolazione residente ISTAT al 1 gennaio anno di riferimento	< 80 e in aumento
		Unità locali	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N° aziende oggetto di ispezioni (Sommatrice delle voci: 2.5 A (n. az. oggetto di ispezione comp. edilizia) + 2.5 B (n. az. oggetto di ispezione sett. agricoltura) + 2.5 C (n. az. oggetto di ispezione altri comparti) + 6.2 D (n. az. oggetto di sopralluogo per l'espressione di parent)	N° aziende con almeno 1 dipendente + N° aziende artigiane con > di un artigiano (nel denominatore, non vanno conteggiate le imprese agricole non a carattere industriale)	(>= 5,0%)
		Malattie animali trasmissibili all'uomo	% di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	Allevamenti controllati nell'anno di riferimento	Allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento	(Controlli effettuati >= 99,9%)
			% di allevamenti controllati per BRUCELLOSIS ovicaprina, bovina e bufalina	Allevamenti controllati nell'anno di riferimento	Allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento	(Controlli effettuati >= 99,8%)
		Anagrafi animali	Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ad umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	Aziende controllate nell'anno di riferimento	Aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento	(>= 99,7%)
		Contaminazione degli alimenti	Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze nocive 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	N° campioni analizzati	N° campioni programmati dal PNR	(>= 98%) Sistema informativo NSIS-PNR
		Controllo sanitario su alimenti in fase di commercializzazione e somministrazione	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati: negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	N° campioni analizzati	N° campioni programmati	(>= 90 %)
		Contaminazione degli alimenti di origine vegetale	Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992) % Percentuale dei campioni previsti	N° campioni analizzati	N° campioni programmati	(>= 90 %)

Macroarea	Linee di azione prioritarie da perseguire	Azioni	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target
Sviluppo integrazione H/Territorio e percorsi presa in carico	Sviluppo dell'assistenza domiciliare agli anziani	Potenziamento ADI	Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	N° anziani trattati in ADI (Modello FLS21 quadro H (ADI))	Popolazione (ISTAT 65+ residente al 1° gennaio anno riferimento)	(>= 4%)
		Contenimento ricoveri ospedalieri per patologie croniche potenzialmente gestibili in ambito territoriale	Somma ponderata di tassi specifici in ricovero ordinario di asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO (indice pesato per fasce d'età)	Dimissioni ordinarie acute effettuate presso le strutture pubbliche e private da parte delle popolazioni residenti a prescindere dal luogo di effettuazione del ricovero, escludendo la mobilità passiva. Si considerano le diagnosi principali	Popolazione residente ISTAT al 1° gennaio anno di riferimento	(<= 570) Standard 100%
	Sviluppo dei percorsi continuità assistenziale ospedale-territorio	Sviluppo dei percorsi di presa in carico territoriale	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	Anziani: 65 anni e più	SIS Modello STS 24 quadro G "Attività residenziale" (Giornate di assistenza agli anziani)	(>= 10%)
			Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	Anziani: 65 anni e più	SIS Modello STS 24 quadro G (Posti delle strutture per attività residenziale, anziani)	(>= 10%)
			Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Giornate di assistenza per attività residenziale rilevate con il modello RIA 11 quadro H / 365 + Giornate di assistenza per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS 24 quadro G / 365)	Popolazione residente	(>= 0,43%)
			Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Giornate di assistenza per attività semiresidenziale rilevate con il modello RIA 11 quadro H / 365 + Numero di giornate per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevate con il modello STS 24 quadro F / 365)	Popolazione residente	(>= 0,18%)
			Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Posti per assistenza residenziale rilevati con il modello RIA 11 quadro F + Posti per attività residenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS 24 quadro G)	Popolazione residente	(>= 0,55%)
			Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	(Posti per assistenza semiresidenziale rilevati con il modello RIA 11 quadro F + Posti per attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici rilevati con il modello STS 24 quadro F)	Popolazione residente	(>= 0,39%)
			Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Posti letto in hospice	Media deceduti per tumore	(>= 1%)
			Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	(Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica effettuate)	Popolazione residente	5,1-7,5
			Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.	(Numero utenti in carico annualmente nei centri di salute mentale)	Popolazione residente	>=1000
		Continuità Ospedale - Territorio nell'area Riabilitativa	Predisposizione di una relazione sugli strumenti e procedure adottate dai reparti di riabilitazione ospedaliera per assicurare il collegamento funzionale con i servizi socio-assistenziali territoriali, che garantiscano: continuità e coordinazione tra le diverse tipologie di intervento; appropriatezza degli interventi rispetto ai diversi bisogni e potenzialità delle persone disabili; verificabilità dei risultati raggiunti			S/NO

Piano della Performance 2014-2016

Macroarea	Linee di azione prioritarie da perseguire	Azioni	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target
Piano riordino	Avvio percorso riordino delle reti cliniche, come da DGR 1345	Adeguamento dell'assetto alla DGR 1345	Determina dell'organizzazione Dipartimentale (UOS, UOSD) di Area Vasta			entro il 31 marzo 2014
		Adeguamento dell'assetto alla DGR 1345	Assegnazione delle UOC, UOSD e UOS			entro il 30 Maggio 2014 (ad eccezione delle UOC vacanti)
		Adeguamento dell'assetto alla DGR 1345	Nomina dei Direttori di Dipartimento e dei Comitati di Dipartimento			entro il 30 maggio 2014 (Comitati di Dipartimento; entro il 30 giugno 2014 i Direttori di Dipartimento)
		Sviluppo organizzativo coerente con la DGR 1345	Centralizzazione della Preparazione dei farmaci antineoplastici in Area Vasta			entro il 30 settembre 2014
		Sviluppo organizzativo coerente con la DGR 1345	Attivazione di Equipe Chirurgiche integrate all'interno del Presidio Unico di Area Vasta per Ortopedia, ORL, Chirurgia Generale, Urologia)			entro il 30 giugno 2014
	Avvio percorso riordino rete conversione dei piccoli ospedali, in casa della salute	Rispetto del cronoprogramma di cui alla Del. 940	a) Determina Case della Salute con classificazione nuove ed esistenti			(entro 60 gg da adozione DGR classificazione Case della Salute)
			b) Individuazione Responsabilità al Distretto e individuazione del Coordinatore modulo residenziale			(entro 60 gg da adozione DGR classificazione Case della Salute)
			c) Passaggio personale 118 da convenzionato a dipendenza			(entro il 31/03/2014)
			d) Assegnazione alla Casa della Salute di MSA con dipendenti			(entro il 30/04/2014)
			e) Attivazione PPI territoriali			(entro il 30/04/2014)
Piano riordino	Avvio percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza	Realizzazione del Piano di riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dei trasporti sanitari	f) Recepimento Accordo con MMG e CA			(entro 30 gg da accordo con MMG e CA per presenza diurna e notturna, gestione cure intermedie)
			g) Trasformazione Laboratorio analisi in Punto prelievi			(entro 30/04/2014)
			h) Disattivazione posti letto per acuti e attivazione LD			(entro 30/04/2014)
			i) Individuazione e assegnazione Personale di assistenza alle LD e Cure intermedie [concentrazione sindacale]			(entro 30/04/2014)
			j) Assegnazione personale medico dipendente all'unità di riferimento [informativa attribuzione nuovo incarico]			(entro 30/04/2014)
	Razionalizzazione dei costi dei Laboratori pubblici di Ara Vasta	Efficienza operativa	m) Attivazione cure intermedie			(entro 30/04/2014)
			Allineamento al numero e tipologia di postazione di MSA, MSB e punti di CA della DGRM 735			(entro 60 gg da adozione DGR classificazione Case della Salute)
			Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)			75 per cento della distribuzione degli interventi 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 rilevanti 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 attivato sul posto).
			Variazione % Costi dei Laboratori Analisi di AAVV 2014 rispetto al 2013	Costi Personale, Beni e Servizi Laboratori Analisi di AAVV 2014 - Costi Personale, Beni e Servizi dei Laboratori Analisi di AAVV 2013		<=18
			Organizzazione delle Uoc di Medicina Interna per intensità di cura (Patologia internistica Complessa, Acute Degenza PostAcute)			< 0%
Piano riordino	Revisione dell'assetto delle aree di degenza per lo sviluppo di un modello di ospedale per intensità di cure e complessità di assistenza ed allineamento dei posti letto alle indicazioni della DGR 735/13					SI/NO

Macroarea	Linee di azione prioritarie da perseguire	Azioni	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target
	Azioni di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera	Aggiornamento commissioni PTO ed aggiornamento del PTO (anche per farmaci off patent) e prescrizione farmaci all'interno del PTO anche in dimissione ospedaliera	% Spesa farmaceutica con AIC fuori PTO / Totale spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica con AIC fuori PTO	Totale spesa farmaceutica	< % 2013
		Uso e prescrizione dei farmaci Biosimilari per il SSR	% di DDD dei farmaci biosimilari prescritti a pazienti "drug naive" rispetto al totale biosimilari + "originator" *[Pazienti che negli ultimi 6 mesi non hanno ricevuto prescrizioni per le stesse ATC5 biosimilari]	DDD dei farmaci biosimilari prescritti a pazienti "drug naive"	DDD dei farmaci biosimilari + "originator" prescritti a pazienti "drug naive"	100%
		Consumo farmaci appartenenti al PHT	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD - Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	Consumi del PHT, espressi in distribuzione diretta e per conto	Consumi del PHT, espressi in DDD, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	> Media nazionale del 20%
		Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci e aumento della distribuzione in modalità off patent	Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci, con particolare riferimento agli ATC ad alto impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata	Spesa per le prime 5 classi ATC4 a maggior impatto economico nella farmaceutica convenzionata erogate tramite somministrazione diretta	Spesa per le prime 5 classi ATC4 a maggior impatto economico nella farmaceutica convenzionata erogate tramite somministrazione diretta nell'anno	(<= dato anno precedente)
		Appropriatezza ed efficienza prescrittiva dei farmaci ad alto impatto sulla spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata	% Generici	Spesa per le prime 5 classi ATC4 a maggior impatto economico nella farmaceutica convenzionata off patent erogate tramite somministrazione diretta	Spesa per le prime 5 classi ATC4 a maggior impatto economico nella farmaceutica convenzionata erogate tramite somministrazione diretta	(>= dato 2013)
	Azioni di contenimento della spesa dei dispositivi medici	Dispositivi medici	ISTITUZIONE di commissione PTO e Ing. Clinica per l'inserimento e revisione dei dispositivi medici in apposito elenco	Spesa Netta C10AA Spesa Netta A02BC SARTANI NON ASSOCIATI ATC4 C09CA: Spesa netta pro-capite pesata SARTANI ASSOCIATI ATC4 C09DA: Spesa netta pro-capite pesata ADRENERGICI RESPIRATORI ATC4 R03AK: Spesa netta pro-capite pesata	Pop. 1° Gen 2013 Pesata Pop. 1° Gen 2013 Pesata Pop. 1° Gen 2013 Pesata Pop. 1° Gen 2013 Pesata Pop. 1° Gen 2013 Pesata	(<= dato 2013) (<= dato 2013) (<= dato 2013) (<= dato 2013) (<= dato 2013)
		Realizzazione della C.C.T. in tutte le AAVV (AAVV 2 e 4/5); condivisione/omogeneizzazione procedure; utilizzo da parte C.C.T. del sistema informativo	Realizzazione della C.C.T. in tutte le AAVV (AAVV 2 e 4/5); condivisione/omogeneizzazione procedure; utilizzo da parte C.C.T. del sistema informativo			SI/NO
		Rispetto dei tetti regionali di spesa dei trasporti	Costo per trasporti in emergenza e non prevalentemente sanitari			SI/NO
Riorganizzazione e trasporti	Realizzazione dei trasporti prevalentemente non sanitari, come da DGR 968/2013 e Det. ASUR DG 800 del 25/10/2013					SI/NO

Piano della Performance 2014-2016



Macroarea	Linee di azione prioritarie da perseguire	Azioni	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target
Tempi attesa	Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni maggiormente critiche, come da linee di indirizzo regionali e piano aziendale	Miglioramento prestazioni a maggior criticità	Rispetto degli indicatori di risultato inseriti nel Piano Aziendale sulle Liste di Attesa			
Assistenza ospedaliera		Tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ordinario e diurno) per età per 1.000 residenti	Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza	popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	<=170
			Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	Dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza in modalità diurna per le discipline per acuti	popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	<=8
			Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	Gornate di degenza nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità diurna per le discipline per acuti	popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento	<=100
	Azioni di potenziamento dell'appropriatezza	Appropriatezza clinica	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	N° dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario	N° dimissioni in regime ordinario per acuti	(>=38%)
			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	N° dimissioni in degenza ordinaria con DRG "inappropriato"	N° dimissioni in degenza ordinaria con DRG non "inappropriato"	(<=0,32%)
			(Esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Sono da escludere i trasferiti, i politraumatizzati, i ricoveri precedenti da ricovero con diagnosi di frattura del collo del femore nei 2 anni precedenti, i ricoveri precedenti da ricovero con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno nel ricovero in esame o nei 2 anni precedenti, i decessi e le dimissioni volontarie) Invio verbali relativi ai controlli CVPS disaggregati per ciascun erogatore pubblico e privato accreditato	Dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371)	Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375)	(<=20%)
Flussi informativi	Miglioramento della completezza e qualità dei flussi informativi previsti dal NSIS e rispetto adempimenti Tavolo Massiccio	Controlli su cartelle cliniche	Richiesta di note di credito coerenti agli abbattimenti economici riportati nei verbali del CVPS	Dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa tra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi)	Dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore	(>=50%)
		Rispetto degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato Regioni in termini di flussi informativi				S/NO
			Rispetto tempistiche e contenuti dei flussi informativi previsti dall'Intesa Stato Regioni o trasmissione al Direttore delle giustificazioni sull'inadempimento entro 15 gg dalla scadenza del flusso			S/NO

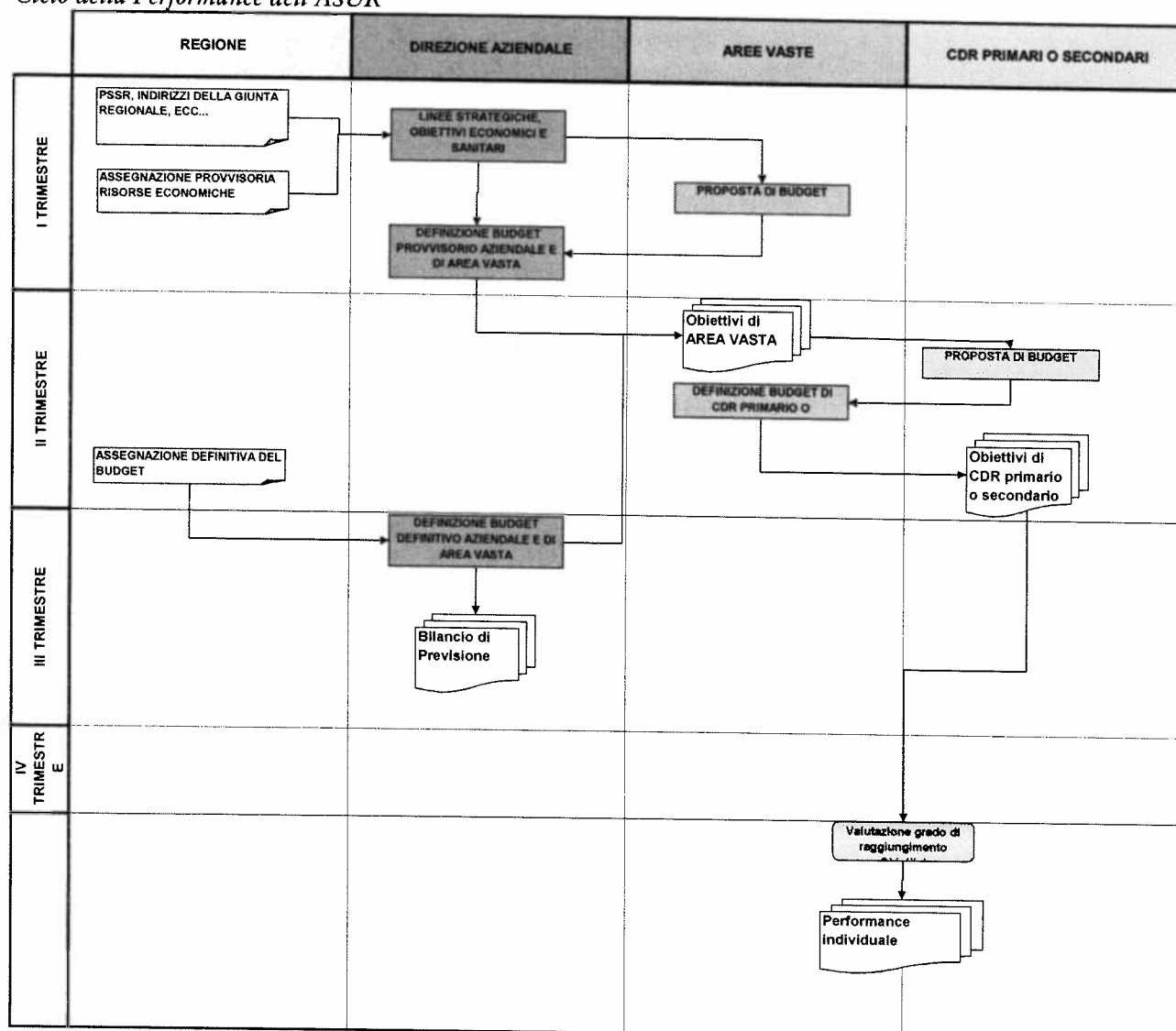
F) Il ciclo della performance

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 ed miglioramenti 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, ma solo la valutazione propedeutica al pagamento degli incentivi economici.

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.

Allegato 1: Bilancio di esercizio 2012

SCHEMA DI BILANCIO	Anno 2012	Anno 2011	VARIAZIONE 2012/2011	
			Importo	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	2.527.239.310	2.579.780.285	-52.540.975	-2,0%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.662.425	-	-1.662.425	-
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.230.573	-	3.230.573	-
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	112.807.062	108.265.753	4.541.309	4,2%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	17.188.177	5.419.429	11.768.748	217,2%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	39.823.476	36.915.177	2.908.299	7,9%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	26.553.355	22.369.694	4.183.661	18,7%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	4.938.601	5.103.603	-165.002	-3,2%
Totale A)	2.730.118.129	2.757.853.941	-27.735.812	-1,0%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni	307.632.779	306.119.921	1.512.858	0,5%
2) Acquisti di servizi sanitari	1.394.663.654	1.402.004.164	-7.340.510	-0,5%
3) Acquisti di servizi non sanitari	99.836.157	99.824.707	11.450	0,0%
4) Manutenzione e riparazione	29.548.910	29.860.750	-311.840	-1,0%
5) Godimento di beni di terzi	24.575.727	24.410.622	165.105	0,7%
6) Costi del personale	698.434.236	718.844.195	-20.409.959	-2,8%
7) Oneri diversi di gestione	8.880.976	10.548.354	-1.667.378	-15,8%
8) Ammortamenti	46.114.332	37.802.910	8.311.422	22,0%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	811.424	2.257.411	-1.445.987	-64,1%
10) Variazione delle rimanenze	944.603	144.089	800.514	555,6%
11) Accantonamenti	48.132.958	25.523.266	22.609.692	88,6%
Totale B)	2.659.575.756	2.657.340.389	2.235.367	0,1%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	70.542.373	100.513.552	-29.971.179	-29,8%
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	250.520	391.681	-141.161	-36,0%
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	414.741	519.499	-104.758	-20,2%
Totale C)	-164.221	-127.818	-36.403	28,5%
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
1) Rivalutazioni	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
1) Proventi straordinari	8.078.409	37.962.331	-29.883.922	-78,7%
2) Oneri straordinari	18.676.658	82.502.444	-63.825.786	-77,4%
Totale E)	-10.598.249	-44.540.113	33.941.864	-76,2%
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	59.779.903	55.845.621	3.934.282	7,0%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP	50.528.853	52.083.705	-1.554.852	-3,0%
2) IRES	500.000	450.000	50.000	11,1%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	2.727.658	3.250.626	-522.968	-16,1%
Totale Y)	53.756.511	55.784.331	-2.027.820	-3,6%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	6.023.392	61.290	5.962.102	9727,7%

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



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. %

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/noleggio/comodato	Nuova/Upgrading/integrazione	Sostituz./ Potenziamento/ Innovazione/rispondenza a standard di legge (specificare)	Valore
Attrezzature Biomedicali					
Software e licenze					
Impianti e macchinari					
Mobili e arredi					
Automezzi					
Altri beni					

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