



ALLEGATO A
DETERMINAZIONE 151146
09 MAR. 2018

Allegato A

PIANO DELLA PERFORMANCE

2018-2020

INDICE

A) Presentazione del Piano: finalità e principi	3
B) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	3
1 - <i>L'Azienda Sanitaria Unica Regionale</i>	3
2 - <i>La popolazione assistita</i>	6
3 - <i>Analisi del contesto esterno</i>	8
C) L'Amministrazione «in cifre»	13
1 - <i>Le risorse economiche e finanziarie</i>	13
2 - <i>Le risorse professionali</i>	16
3 - <i>La struttura dell'offerta</i>	16
4 - <i>I servizi sanitari erogati</i>	20
D) Il Piano delle Performance 2018-2020	22
1 - <i>Obiettivi strategici</i>	22
2 - <i>L'albero della Performance</i>	23
3 - <i>Piano degli indicatori e risultati attesi 2018</i>	30
E) Il ciclo della performance	31
F) Il sistema di valutazione e misurazione della performance	34
1 - <i>La finalità</i>	34
2 - <i>Il processo di valutazione</i>	34
3 - <i>Il processo di misurazione</i>	35
4 - <i>Gli strumenti di misurazione</i>	36
5 - <i>Procedure di conciliazione</i>	36
6 - <i>La corresponsione dei compensi</i>	37

Allegato 1: Scheda di Budget

Allegato 2: Schede di valutazione Dirigenza e Comparto (Fac-simile)

Allegato 3: Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2018



A) Presentazione del Piano: finalità e principi

Il presente Piano, in continuità con le edizioni precedenti, individua per il triennio 2017-2019 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. 150/2009 e art. 10, comma 8, D.Lgs. 33/2013).

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

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

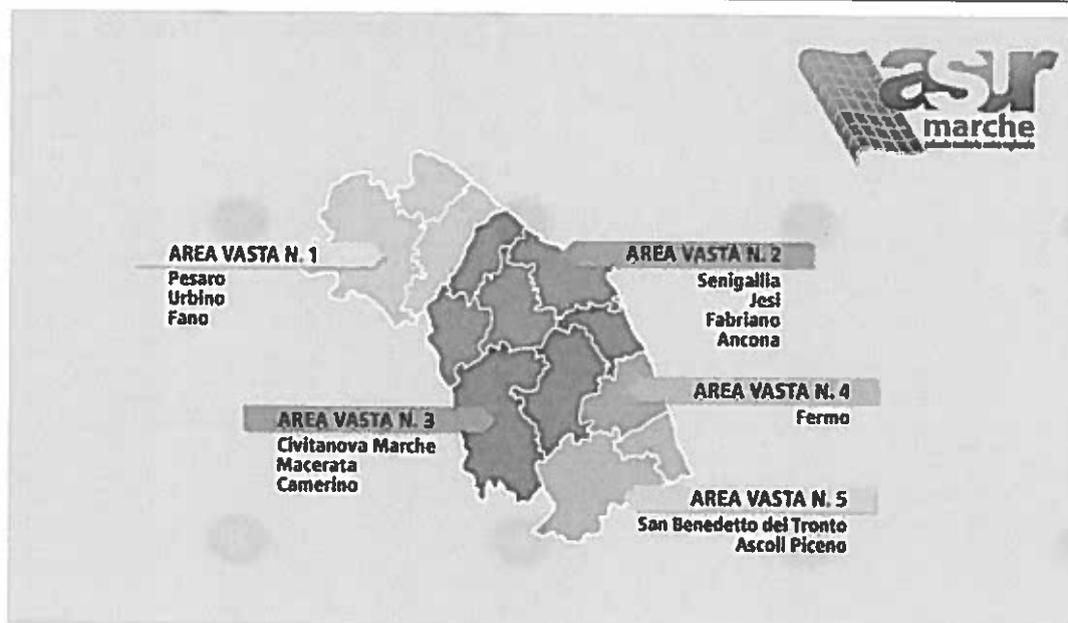
La peculiarità dell'ASUR, quale Azienda unica regionale della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. A definire il quadro normativo per la contrattazione decentrata è intervenuta, da ultima,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

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

1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

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

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



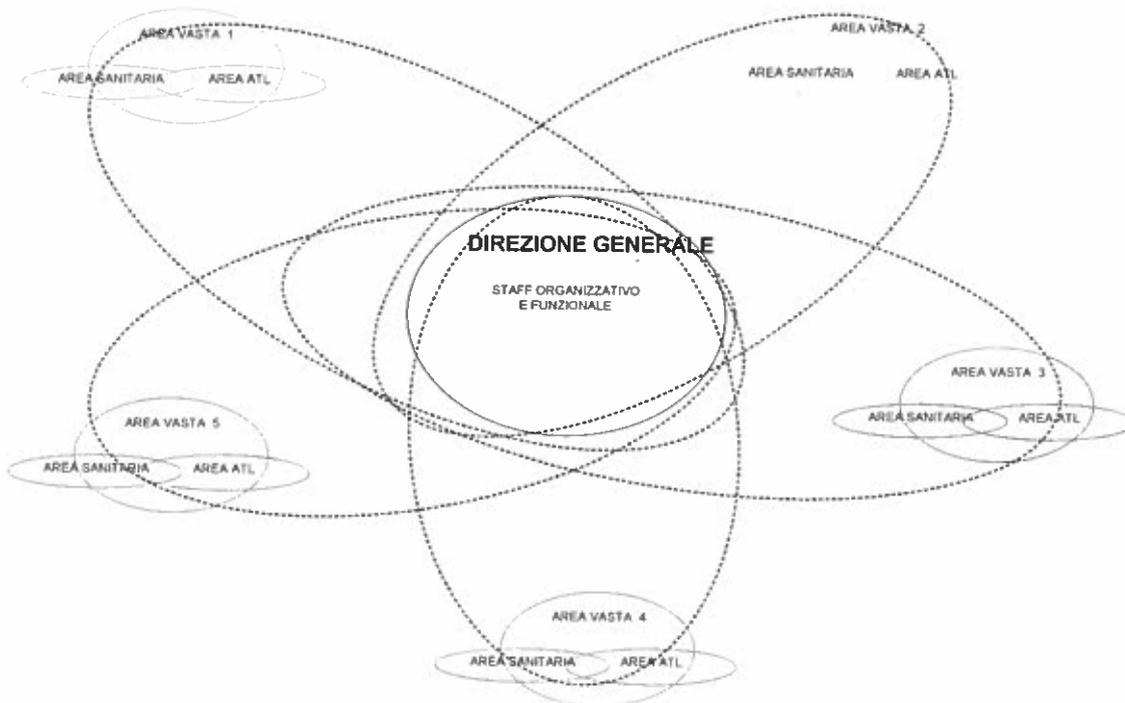
In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di **garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche**. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di **rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari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

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

L'assetto organizzativo-funzionale aziendale, 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 01/01/2017 è pari a 1.538.055¹ distribuita in 236 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 165 abitanti per Km². La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

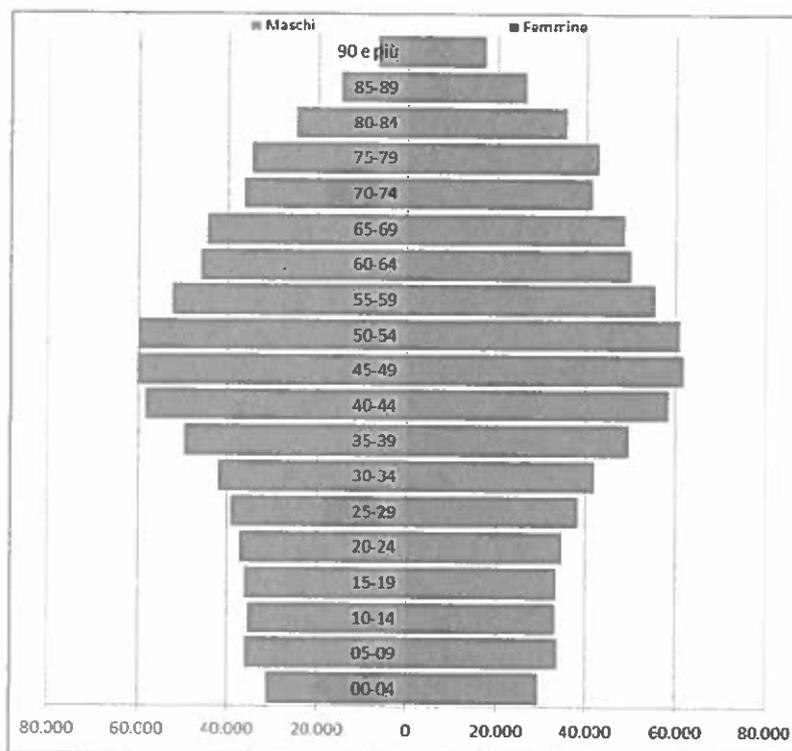
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2017	CLASSI DI ETÀ'						
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
AV1 PESARO	360.711	2.695	11.934	33.666	122.203	104.890	40.126	45.197
AV2 ANCONA	486.921	3.518	15.793	44.605	163.155	140.528	54.481	64.841
AV3 MACERATA	306.124	2.358	10.039	27.200	103.837	87.947	33.429	41.314
AV4 FERMO	174.849	1.293	5.505	15.156	58.729	51.276	19.090	23.800
AV5 ACOLI PICENO	209.450	1.479	6.402	17.646	70.510	61.838	23.478	28.097
TOTALE	1.538.055	11.343	49.673	138.273	518.434	446.479	170.604	203.249

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 81,1 anni e per le donne di 85,8 (dati Istat, 2016), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,6 maschi e 85,0 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 188%, supera di ben 22 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (373.853) rappresentano il 24% della popolazione residente (in Italia il 22%).

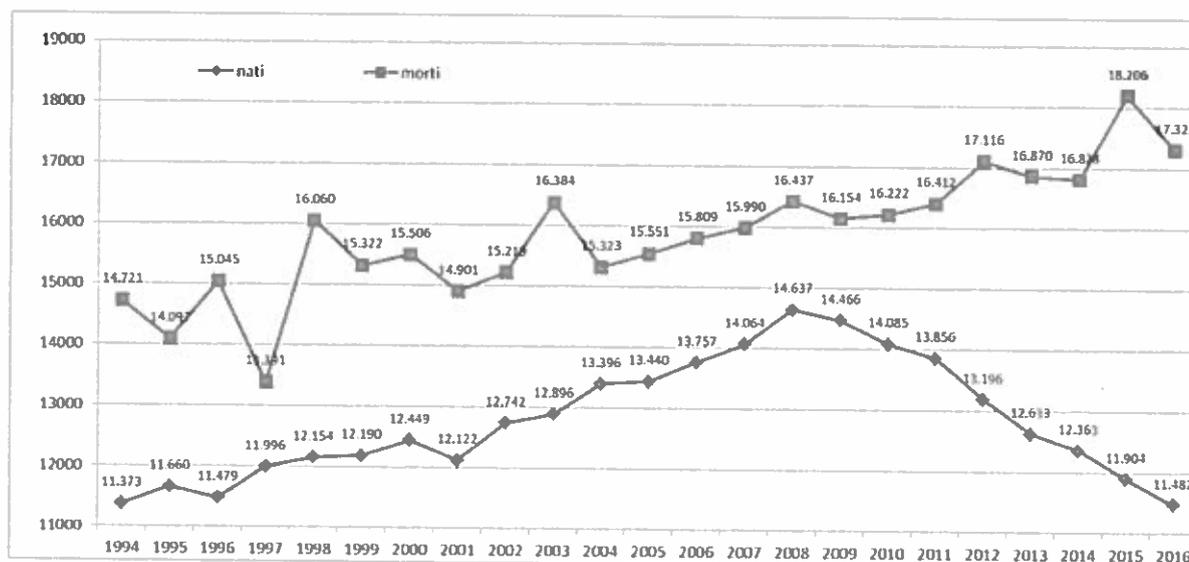
Nel 2017, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -5770 unità, in proiezione annua si evidenzia di nuovo in aumento rispetto al 2016 che registrava un saldo negativo pari a - 6.302 unità.

La seguente piramide delle età rappresenta in modo grafico la distribuzione per età della popolazione marchigiana; 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, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

¹ Fonte: ISTAT



Di seguito, si rappresenta il numero di nati e dei morti nella Regione Marche nel periodo 1994-2016, dall'analisi del trend delle nascite, rappresentato nel grafico dalla linea in azzurro, evidenzia che nel 2008 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 20 anni, nella lettura di tale dato occorre considerare che la netta riduzione dei nati dal 2009 in poi è dovuta in parte all'esclusione nel computo dei residenti dei comuni della Valmarecchia. Si evidenzia infine che il trend negativo delle nascite, non è accompagnata da un decremento demografico costante, infatti solo nel 2016 si riscontra un decremento dei residenti della regione, quest'ultimo dato rileva che l'andamento demografico regionale complessivo è determinato anche da un saldo migratorio positivo. A questo proposito, la percentuale di stranieri residenti nella Regione Marche nel 2017 è pari al 8,9% (contro una media italiana del 8,3%).



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 2016 è risultato nelle Marche pari a 2,37 unità, valore leggermente superiore alla media nazionale, che è pari a 2,32.

3 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2018-2020 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica.

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

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

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

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

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

Alla luce di tali vincoli normativi descritti dettagliatamente nella DGRM 1617 del 28/12/2017 di autorizzazione provvisoria alla gestione del Budget 2018 degli Enti del SSR, la programmazione economica regionale dell'anno 2018 prevede un abbattimento dei costi gestionali dell'ASUR dell'anno 2017 del 2%, così come riportato nella DGRM 1617 del 28/12/2017. Con tale delibera, infatti, 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 2018 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, assegnando tetto di spesa per l'anno 2018 pari a Euro 2.329.068.069, per la quota relativa ai costi di esercizio al netto degli scambi infragruppo, rinviando ad atto successivo l'assegnazione della quota relativa agli investimenti con fondi correnti.

A fronte di tale programmazione regionale, l'ASUR deve intervenire con azioni di riorganizzazione e di razionalizzazione della spesa al fine di assicurare il rispetto del livello di Budget assegnato dalla Regione, viste le risorse consumate l'anno precedente e le attività avviate che producono un trascinarsi di maggiori costi sull'anno 2018.

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

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

Pertanto, per l'anno 2018 l'ASUR conferma il processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria socio-sanitaria e dei servizi di supporto, già avviato negli anni scorsi, che coinvolge i seguenti livelli:

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

Sono state introdotte, definite ed istituite:

- la Degenza Post Acuzie (DPA) ad esclusiva responsabilità organizzativa e gestionale ospedaliera (ASUR DG 361/17);
- i posti letto di Cure Intermedie (CI) realizzati nelle Case della Salute (CDS) con responsabilità organizzativa e gestionale del Territorio (ASUR DG 670/17);
- le Unità Operative Funzionali Sociali e Sanitarie (U.O.SeS) come luogo di gestione dell'integrazione sociale e sanitaria e come centro di coordinamento per l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi delle reti integrate", secondo una impostazione unica regionale (DGRM 110 e 111 del 23 febbraio 2015);

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

c) Reti cliniche (DGRM 1345/2013 e DGRM 1219/2014): riorganizzazione che parte dall'istituzione del Presidio Unico di Area vasta (DGRM 478/2013) come ambito funzionale di implementazione delle Reti Cliniche (ad eccezione delle Reti a sviluppo inter-AreaVasta), nel quale la Direzione Medica del Presidio Unico assicura il supporto per l'implementazione delle Reti Cliniche e la componente clinica (Direttori di Dipartimento, di UOC e UOSD) è leader e responsabile della definizione e nell'implementazione dei contenuti professionali. Già la DGRM 1696 del 3/12/2012 prevedeva la necessità di *"...omissis... un network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisca una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogeneo, integrandosi in logica di intensità di cura con sistema hub & spoke...omissis..."*.

Quest'ultima specifica azione è presente anche delle indicazioni contenute nel DM 70 del 2 aprile 2015, entrato in vigore il 19 giugno 2015, in merito agli Standard qualitativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, nonché delle valutazioni AGENAS sui volumi minimi di attività, della performance e degli esiti clinici, per garantire al cittadino utente la massima qualità e sicurezza delle cure.

Alla luce di quanto sopra, tra le diverse Reti ospedaliere sono state definite e riorganizzate la Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza, la Rete per le Emergenze Cardiologiche, la Rete dell'Ictus sempre con la logica del sistema hub & spoke (DG ASUR 916/15, DG ASUR 818/16, DG ASUR 670/17, DG ASUR 732/17).

d) Nuovo assetto organizzativo aziendale (DGRM 551/2013, DG ASUR 850 del 16 dicembre 2014 e DG ASUR 350 del 14 maggio 2015, DG ASUR 481 del 2/8/2016 e DG ASUR

361/17) nel quale è stato individuato il numero complessivo degli incarichi dirigenziali (strutture complesse e strutture semplici) assegnate alle cinque Aree Vaste in coerenza con la riorganizzazione ospedaliera delle reti cliniche e con il DM 70/15.

Nell'ambito del tetto complessivo di Budget 2018, l'ASUR è altresì tenuta al rispetto dei vincoli a carattere economico che la normativa nazionale e regionale prevede sui singoli fattori produttivi; di seguito, si rappresenta un sintetico elenco, non esaustivo, dei principali vincoli esistenti sull'anno 2018.

❖ Equilibrio e standard qualitativi dei Presidi a Gestione Diretta

Il comma 535 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016) prevede che a decorrere dal 2017 i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure e quelli di economicità applicati alle Aziende Ospedaliere (Piani di rientro di cui ai commi da 521 a 547), si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal DM 21/06/2016 e ad ogni modo previa revisione del Conto Economico di Presidio.

❖ Livelli Essenziali di Assistenza

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

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

La DGR n. 2 del 08/01/2018 ha ridefinito dotazione dei posti letto della rete ospedaliera marchigiana, aggiungendo 140 posti letto alla dotazione complessiva approvata con precedenti delibere n. 735/2013, n. 908/2015 e s.m.i.; all'ASUR è demandata la proposta di allocazione dei posti letto aggiuntivi da presentare in sede di Coordinamento degli Enti.

❖ Prestazioni inappropriate

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

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

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

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

La DGRM 665/15 "definizione degli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2015" e *Det. ASUR/DG n. 569 del 26/08/2015*, hanno emanato disposizioni urgenti per il contenimento della spesa in attuazione della L. 125/15, prevedendo una riduzione della spesa del 5% per il terzo quadrimestre 2015, per tutti i fattori produttivi inclusi nella Tabella A allegata alla Legge 125/2015 e relativa all'applicazione dell'articolo 9-ter, comma 1, lettera a). Nell'anno 2018, pertanto, si prevede il mantenimento del risparmio individuato dalla DGRM 665/15 per l'intera annualità.

❖ Farmaci

La legge di Bilancio 2017 (art. 1, co. 397-408, della legge 232/2016), a valere dal 2017, ha rideterminato in aumento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, che passa dal 3,5% al 6,89% (al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, da cui la nuova denominazione "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti"), riducendo il tetto della spesa farmaceutica territoriale (ridenominata "tetto della spesa farmaceutica convenzionata") nella misura del 7,96% (precedentemente 11,35%). Rimangono confermate le procedure di ripiano in caso di sfioramento (Pay Back), che per la spesa ospedaliera sono a carico delle ditte fornitrici in misura pari al 50% dello sfioramento. Anche per l'anno 2018, si confermano i due Fondi, con una dotazione di 500

milioni ciascuno, dedicati rispettivamente ai medicinali innovativi e agli oncologici innovativi, la cui spesa sarà oggetto di monitoraggio ai sensi della Legge di Bilancio 2018 (n. 250 del 27/12/2017).

❖ Dispositivi medici

Il D.L. n. 78/2015 convertito in Legge 125/15 prevede un tetto di spesa pari al 4,4% rispetto al fabbisogno sanitario regionale, superato dalla Regione Marche già dall'anno 2014. A partire dal 2017, le procedure di ripiano a carico delle ditte fornitrici (Pay Back) si applicano anche al tetto dei dispositivi medici, in misura pari al 40% dello sfioramento.

❖ Costo del personale

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

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

- 1) riduzione della spesa del personale per un importo pari a quello della spesa dell'anno 2004, decurtata dell'1,4%, mediante un percorso di graduale riduzione della spesa di personale, ovvero una variazione dello 0,1 per cento annuo, fino al totale conseguimento nell'anno 2020;
- 2) riduzione del costo del personale con rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato, convenzioni ovvero contratti di collaborazione coordinata e continuativa) in misura pari al 50% del costo 2009 - D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 (art. 9, comma 28), e deroghe previste dalla L.R. 33/2014-;
- 3) riduzione della spesa per le consulenze nella misura pari all'80% della spesa complessiva per le consulenze rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 - DGRM 977/2014;
- 4) riduzione della spesa per le missioni nella misura pari al 50% della spesa complessiva per le missioni rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 12, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010);
- 5) riduzione della spesa per la formazione nella misura pari al 50% della spesa complessiva per la formazione rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, restando fermo l'obbligo di garantire il conseguimento dei crediti relativi all'ECM da parte del personale sanitario; non devono essere computate al fine del rispetto dell'azione le spese per la formazione obbligatoria compresa quella relativa ai crediti ECM nonché la spesa per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziate da fondi privati, comunitari, statali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diverse dalla Regione Marche. (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 13, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010).

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

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

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

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

❖ Acquisto di Mobili e arredi

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

❖ Trasporti

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

❖ Dipendenze Patologiche

Con DGRM 1221 del 30/12/2015 è stato approvato l'accordo quadro per il triennio 2015-2017 per le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, prevedendo il medesimo tetto di spesa dell'anno 2016 anche per l'anno 2017; tale atto è stato recepito con Determina ASUR DG 278/2016. In attesa di un nuovo accordo quadro, si prevedono i medesimi valori programmatori dell'anno 2017.

❖ Residenze Protette

Con Determina DG ASUR n. 56 del 1/2/2017 è stato approvato il piano di convenzionamento con le Residenze Protette per Anziani per l'anno 2016, comprensivo dei n. 265 posti letto derivanti dalla riconversione delle Cure Domiciliari e ulteriori n. 336 posti letto aggiuntivi di Residenza Protetta, in attuazione della DGRM 851/2016. Per l'anno 2018, entrano a regime i residuali 64 posti letto, allocati all'AV5, così come previsto dalla nota prot. n. 17313 del 15/06/2017 del Direttore dei Servizi di Integrazione Socio Sanitaria ai sensi della DGRM 1659/2016. Infine, nel 2018 entra a regime il completamento del secondo step previsto dalla DGRM 1013/2014 che prevede la contrattualizzazione di 80 posti letto di RSA e di 20 di Salute mentale, così come dettagliato nella nota prot. ASUR/DG n. 3301 del 30/01/2017, richiamata dalla DGRM 243/17.

❖ Nuove Tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale

La DGRM 1331/2014 prevede l'applicazione di nuovi standard assistenziali, tariffe e quote di compartecipazione del cittadino per l'assistenza agli anziani, disabili e salute mentale, a decorrere dal 01/01/2015.

C) L'Amministrazione «in cifre»

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

1 - Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda ASUR Marche gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.700 milioni di Euro ed evidenzia dal 2007 al 2016 (ultimo bilancio di esercizio approvato) una situazione di equilibrio economico complessivo.

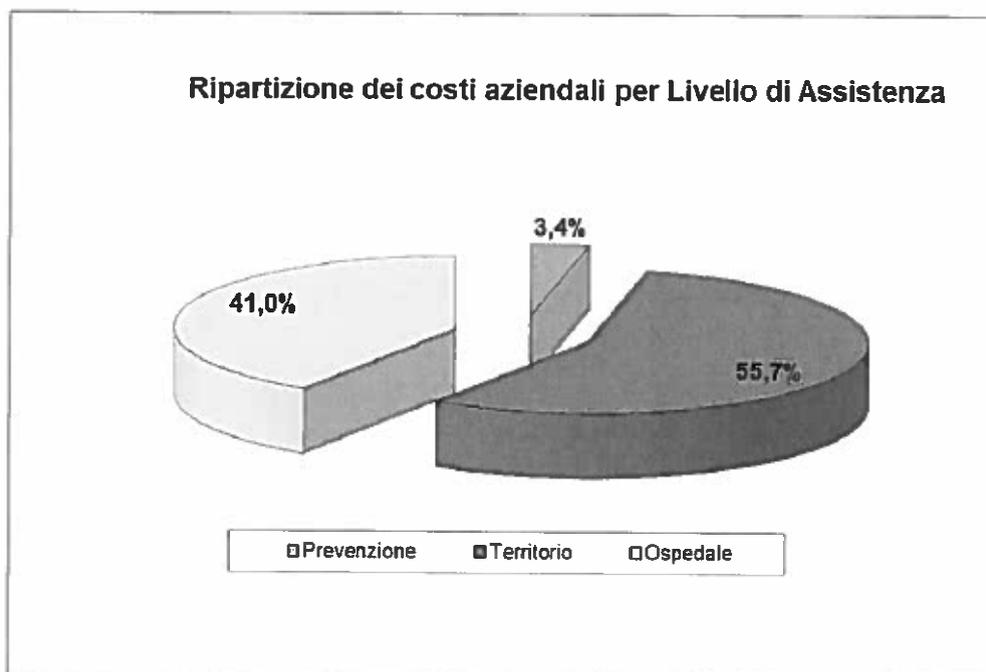
Le risorse a disposizione dell'Azienda (pari a complessivi 2.705 milioni di euro nel 2016) derivano per il 93,5% da contributi regionali ed in via residuale da entrate proprie e ricavi da prestazioni.

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 50,6% del totale), il personale (per il 27,5% del totale) e beni e servizi (per il 21,9% del totale).

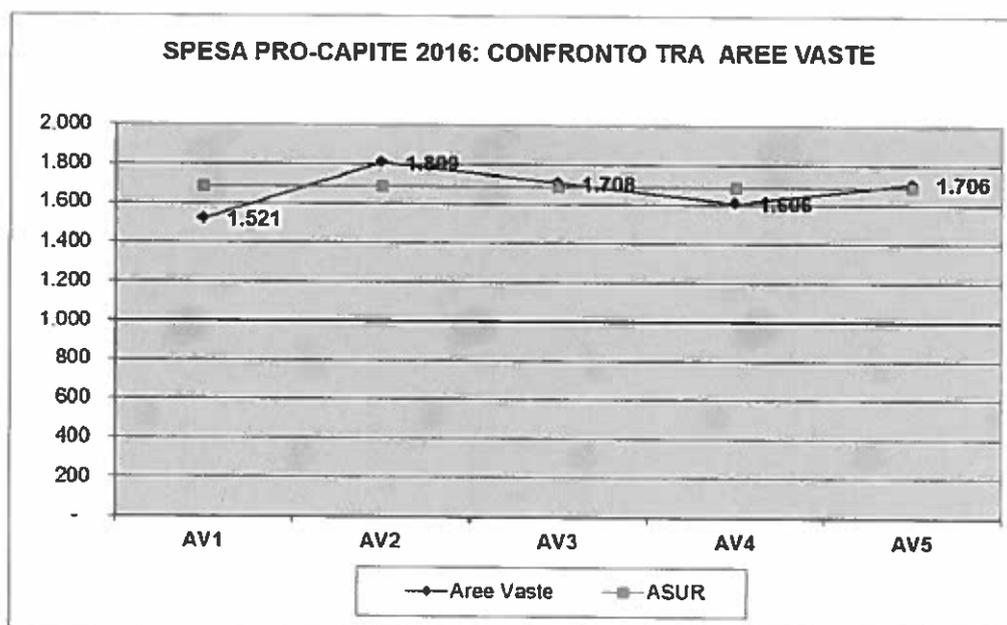
Si veda il Bilancio aziendale 2016 riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2016	CONSUNTIVO 2016 - CONS 2015
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	89.359	165.522	76.163
A1	TOTALE RICAVI	2.686.290.327	2.705.593.146	19.302.819
A11	CONTRIBUTI REGIONALI	2.490.247.302	2.529.515.771	39.268.469
A12	ALTRI CONTRIBUTI	3.322.650	1.609.361	- 1.713.289
A13	RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	95.552.200	88.487.836	- 7.064.364
A14	ENTRATE PROPRIE	70.451.008	68.527.345	- 1.923.664
A15	RICAVI STRAORDINARI	26.717.167	17.452.833	- 9.264.334
A2	TOTALE COSTI	2.686.200.968	2.705.427.623	19.226.655
A21	PERSONALE	747.801.959	743.596.457	- 4.205.502
A22	BENI	347.863.953	359.908.015	12.044.062
A23	SERVIZI	177.375.141	176.003.320	- 1.371.821
A24	OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI	477.296.192	483.622.221	6.326.029
A25	SPECIALISTICA ESTERNA	155.229.050	160.014.735	4.785.685
A26	SPECIALISTICA INTERNA	20.472.379	20.819.932	347.553
A27	FARMACEUTICI	291.542.700	299.663.252	8.120.552
A28	MEDICINA DI BASE	173.743.444	172.053.161	- 1.690.283
A29	ALTRE PRESTAZIONI	226.661.942	233.319.433	6.657.491
A30	LIBERA PROFESSIONE	18.917.859	18.164.581	- 753.278
A31	AMMORTAMENTI	11.549.337	8.034.737	- 3.514.600
A32	ACCANTONAMENTI	31.110.876	23.529.592	- 7.581.284
A33	TRASFERIMENTI	178.805	189.242	10.436
A34	ONERI FINANZIARI	330.332	916.818	586.486
A35	ONERI STRAORDINARI	6.127.000	5.592.127	- 534.873

Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi 2016, la Prevenzione assorbe il 3,4% (corrispondente a 91,3 milioni di euro), il territorio il 56,4% (corrispondente a 1.517 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 41% dei costi sostenuti (pari a 1.116 milioni di euro).



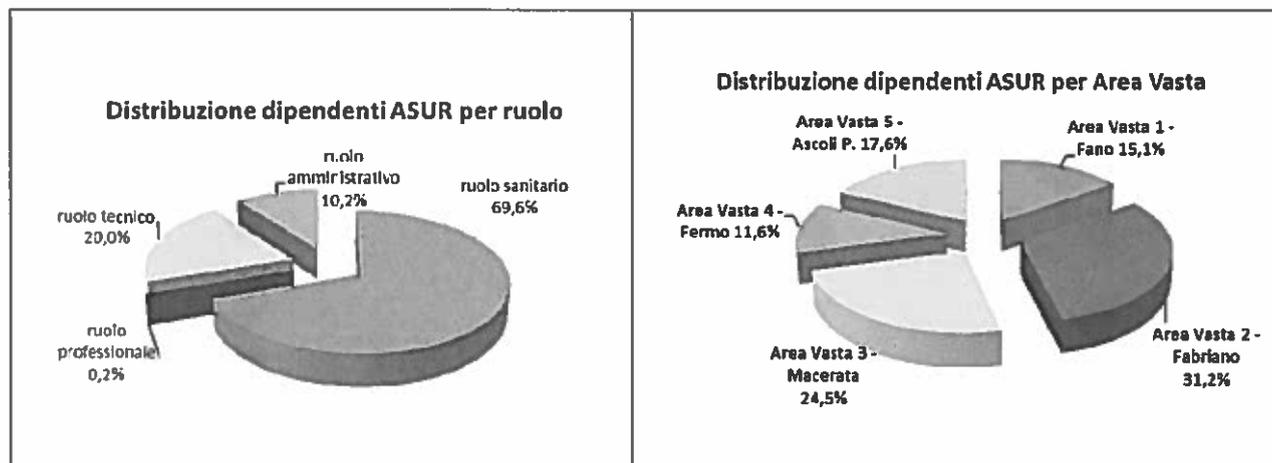
In termini di costo procapite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo procapite pari a 1.684 euro, così come ripartito per singola Area Vasta nel grafico seguente.



2 - Le risorse professionali

L'ASUR conta 13.990 dipendenti alla data del 31/12/2016², 105 aggiuntivi rispetto all'anno precedente (13.795 nel 2015), così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale.

DOTAZIONE PERSONALE AL 31/12/2016 (TESTE)		TOTALE ASUR	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
RUOLO	AREA						
sanitario	dirigenza medica	1.901	244	598	487	228	344
	dirigenza non m.	656	107	193	142	79	135
	comparto san	7.179	1.060	2.200	1.821	844	1.254
professionale	dirigenza prof	14	3	2	3	3	3
	comparto prof	13	3	6	7	3	-
tecnico	dirigenza tecn	36	10	12	5	4	5
	comparto tec	2.762	469	949	597	290	457
amministrativo	dirigenza amm	70	8	24	17	9	12
	comparto amm	1.359	218	386	343	160	252
		13.990	2.116	4.370	3.422	1.620	2.462



L'Azienda opera altresì mediante 1.125 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.335.410 unità, e 179 pediatri di libera scelta, che assistono 164.607 assistiti³.

3 - La struttura dell'offerta

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri 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: dato Consuntivo 2016.

³ Fonte: Modello FLS 12 Anno 2016.

Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2017)

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

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2017)

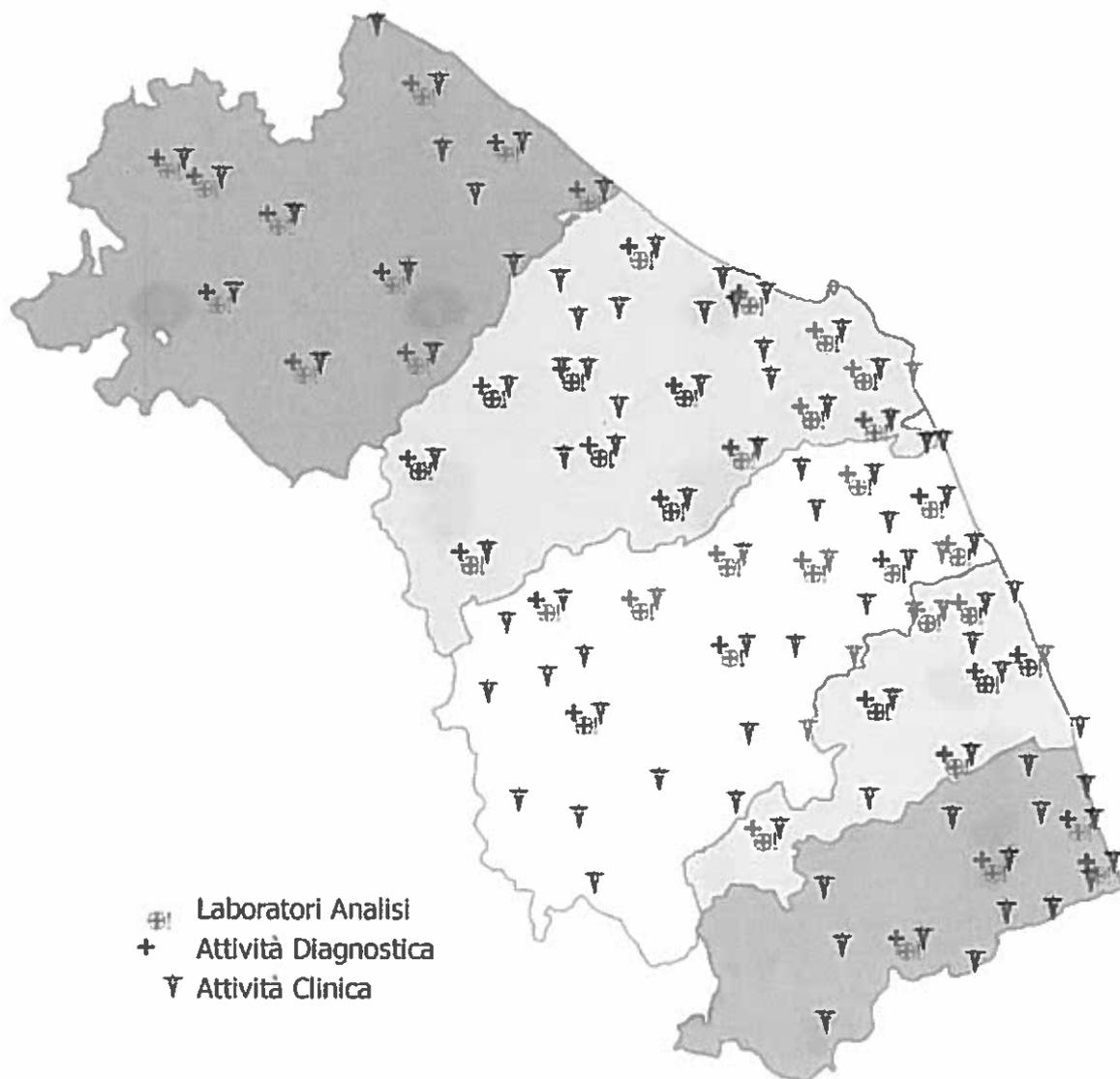
CODICE STRUTTURA	Denominazione struttura	codice stabilimento	Descrizione stabilimento
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	01	CASA DI CURA VILLA JOLANDA
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'
110076	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 2	01	CASA DI CURA VILLA IGEA
		02	LABOR SPA CASA DI CURA "VILLA SERENA"
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	01	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
		02	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
110078	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 4/5	01	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE
		02	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
		03	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
		04	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
		05	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO
110079	CENTRO OSPEDALIERO SANTO STEFANO	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA
		02	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
		03	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
		04	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI

Nell'anno 2017 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 2.697 unità, comprendenti 335 posti letto di DH/DS, 190 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.172 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 890 unità, comprendenti 61 posti letto di DH/DS, 396 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 posti letto ordinari.

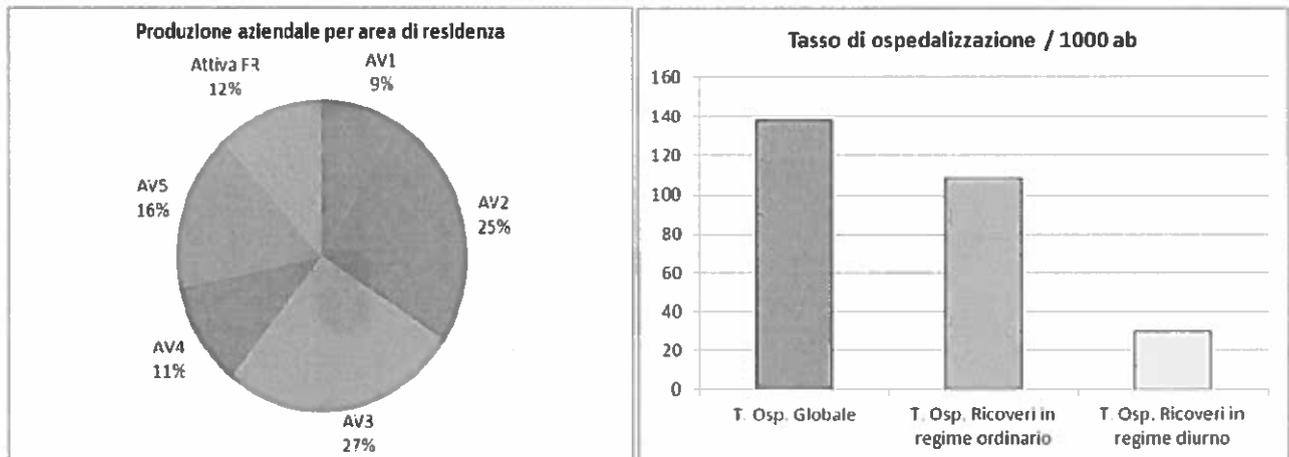
L'Azienda opera mediante 308 strutture territoriali a gestione diretta e 327 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11 anno 2017).

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

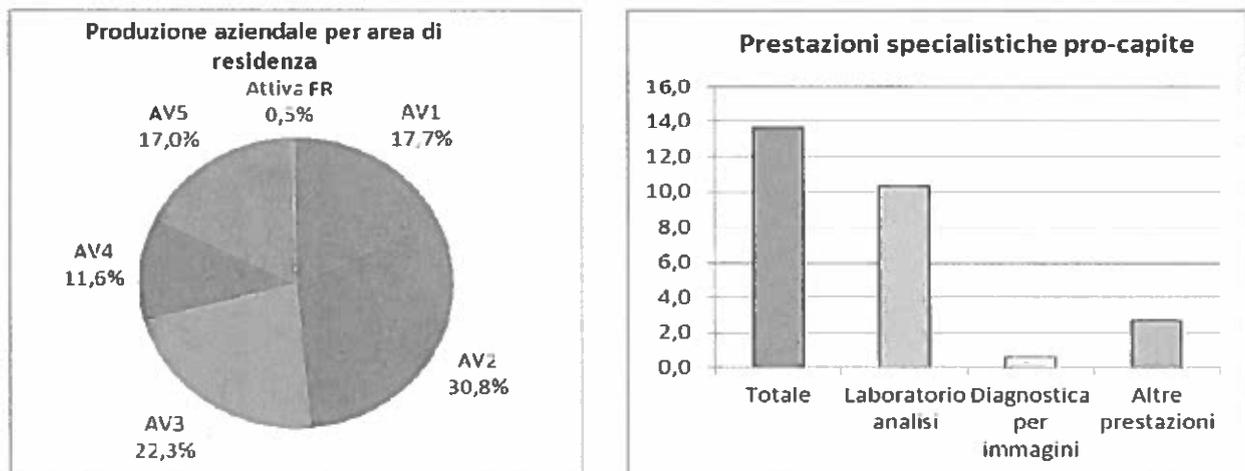


4 - I servizi sanitari erogati

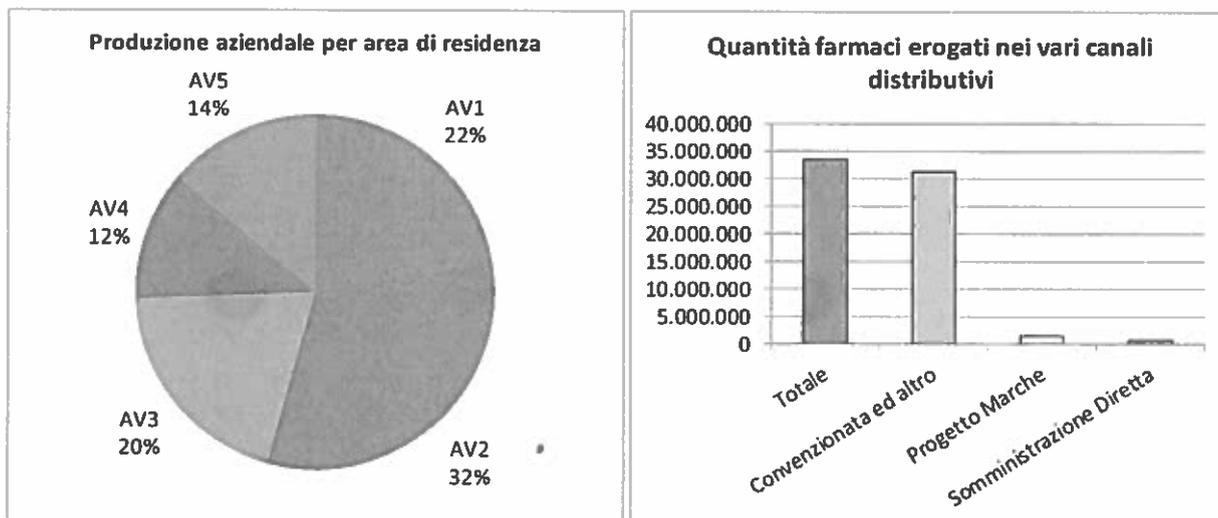
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2016 ha erogato complessivamente 143.302 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 88% ai propri residenti e 12% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 138.3, con un valore pari a 108.6 per i ricoveri in regime ordinario e 29.6 per quelli in regime diurno.



In merito all'assistenza specialistica, nel 2016 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 21.202.288 prestazioni, di cui 99.5% ai pazienti regionali ed il restante 0.5% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 13.7 prestazioni per residente, di cui 10.4 prestazioni di laboratorio analisi e 0.6 di diagnostica per immagini.



Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio 2016 l'azienda ha erogato complessivamente 33.376.487 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 94% 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 (4%).



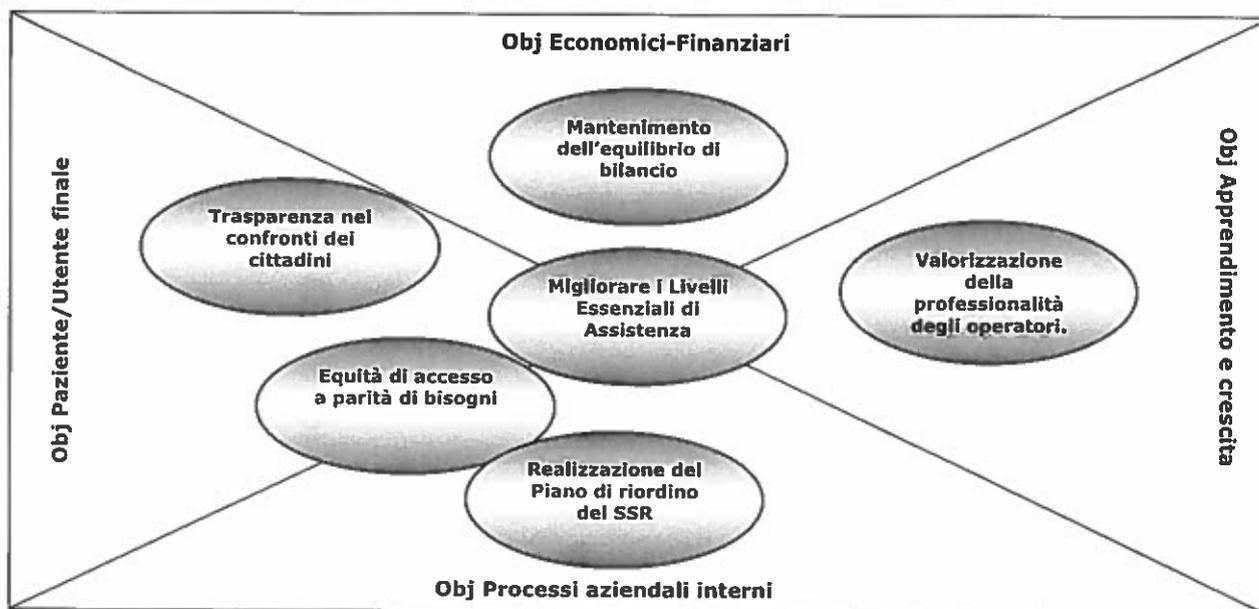
D) Il Piano delle Performance 2018-2020

1 - Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2018-2020 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 ("Albero delle performance"). In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

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



➤ Mantenimento dell'equilibrio di bilancio

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

➤ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

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

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

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 regionale⁴, 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 in coerenza con il D.M. 70/2015.

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

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

➤ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

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

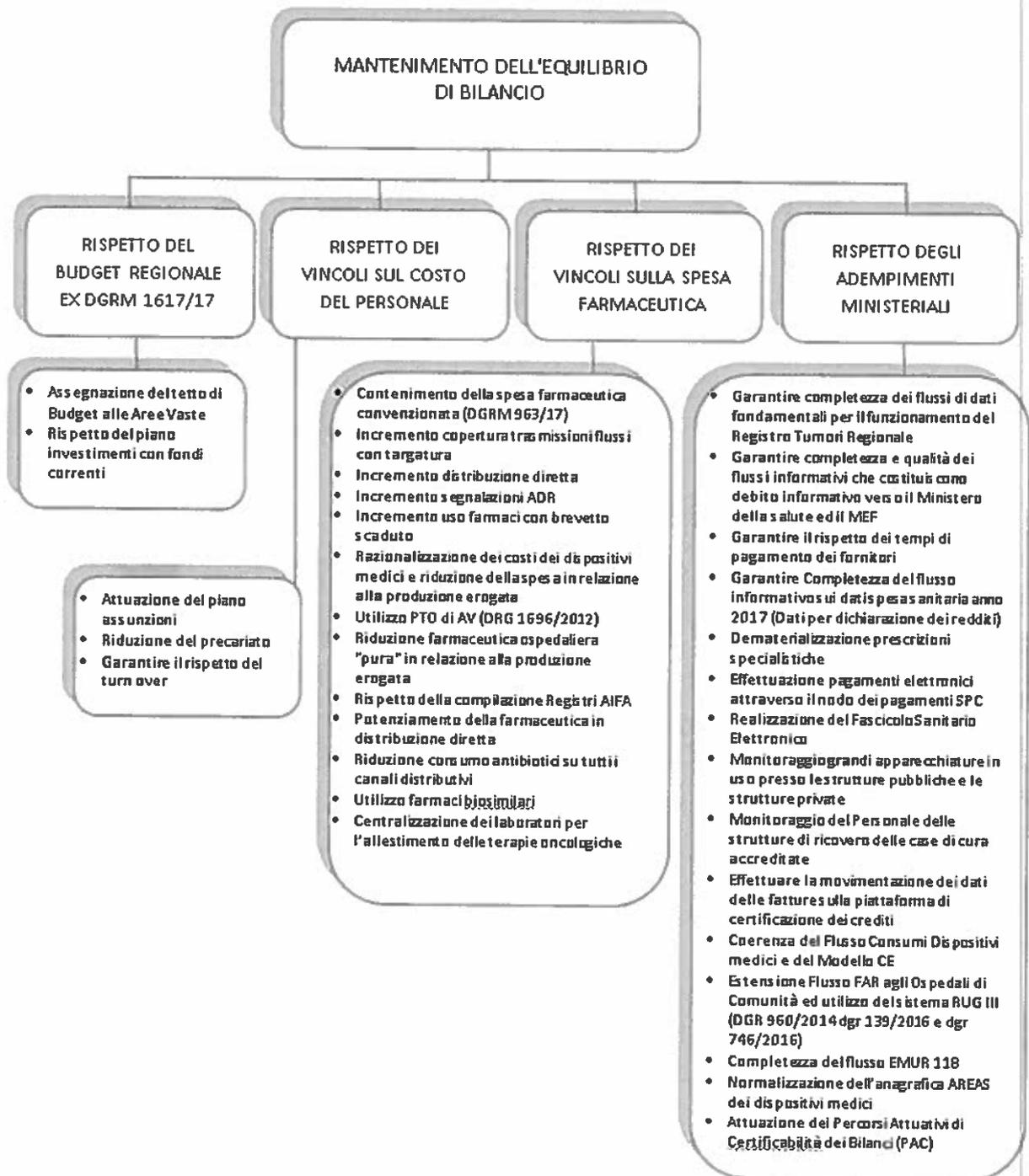
➤ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

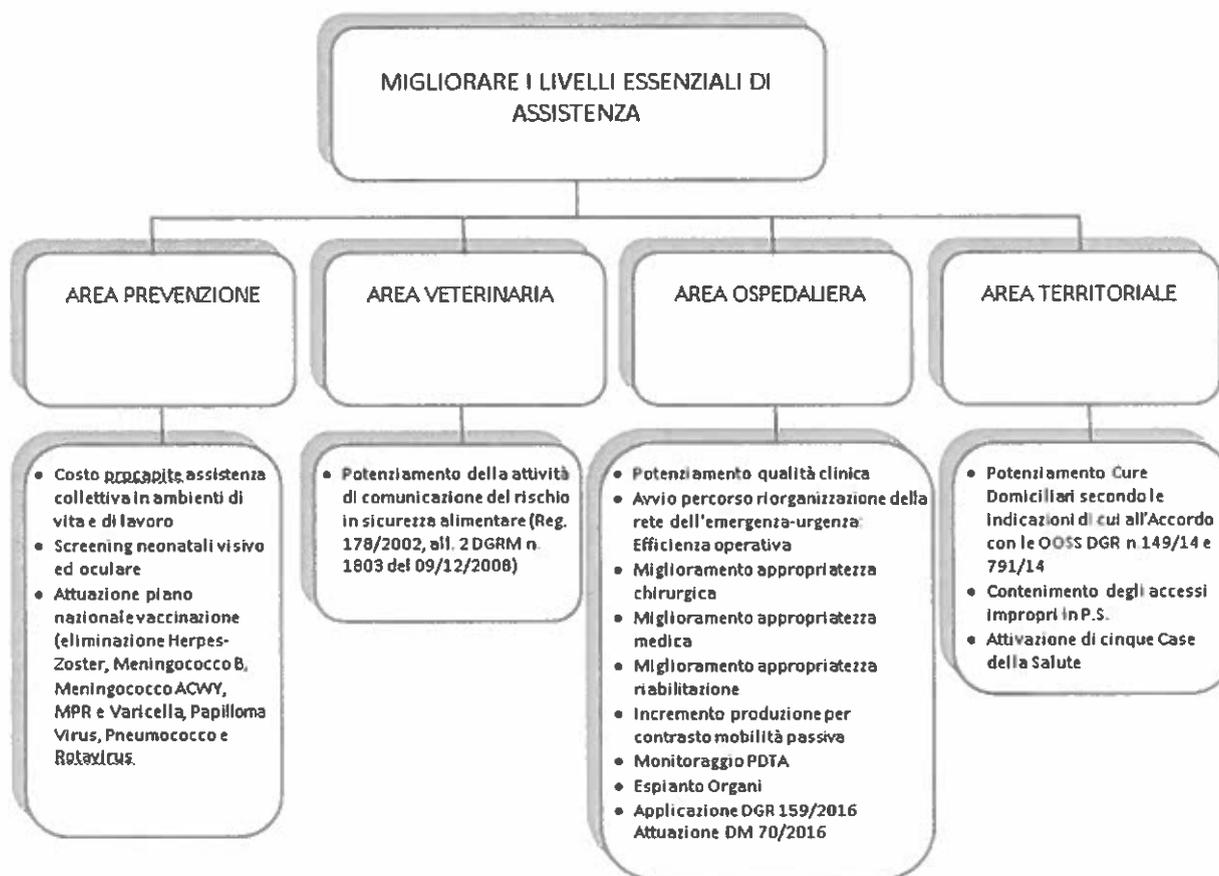
La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASUR, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia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

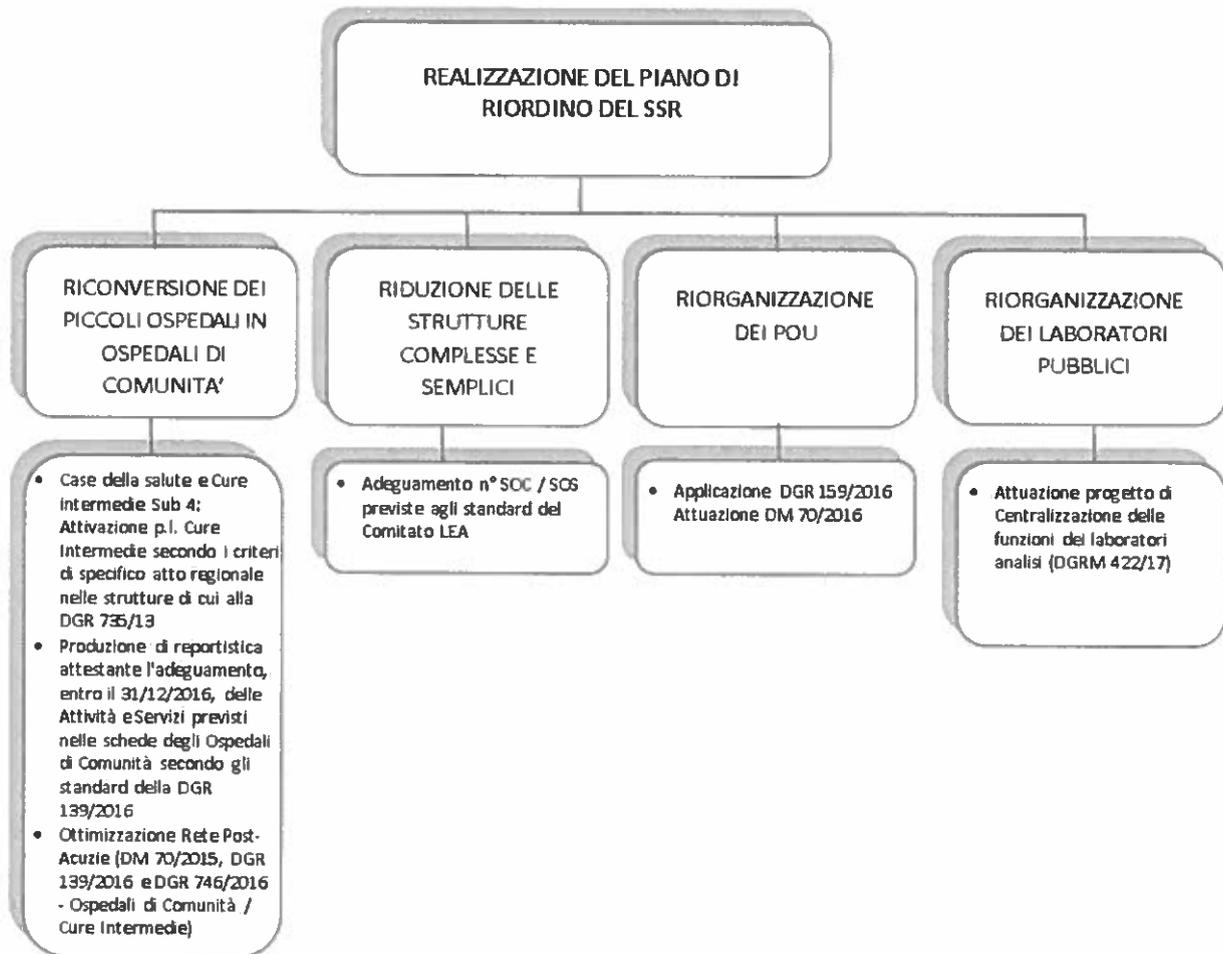
2 – L'albero della Performance

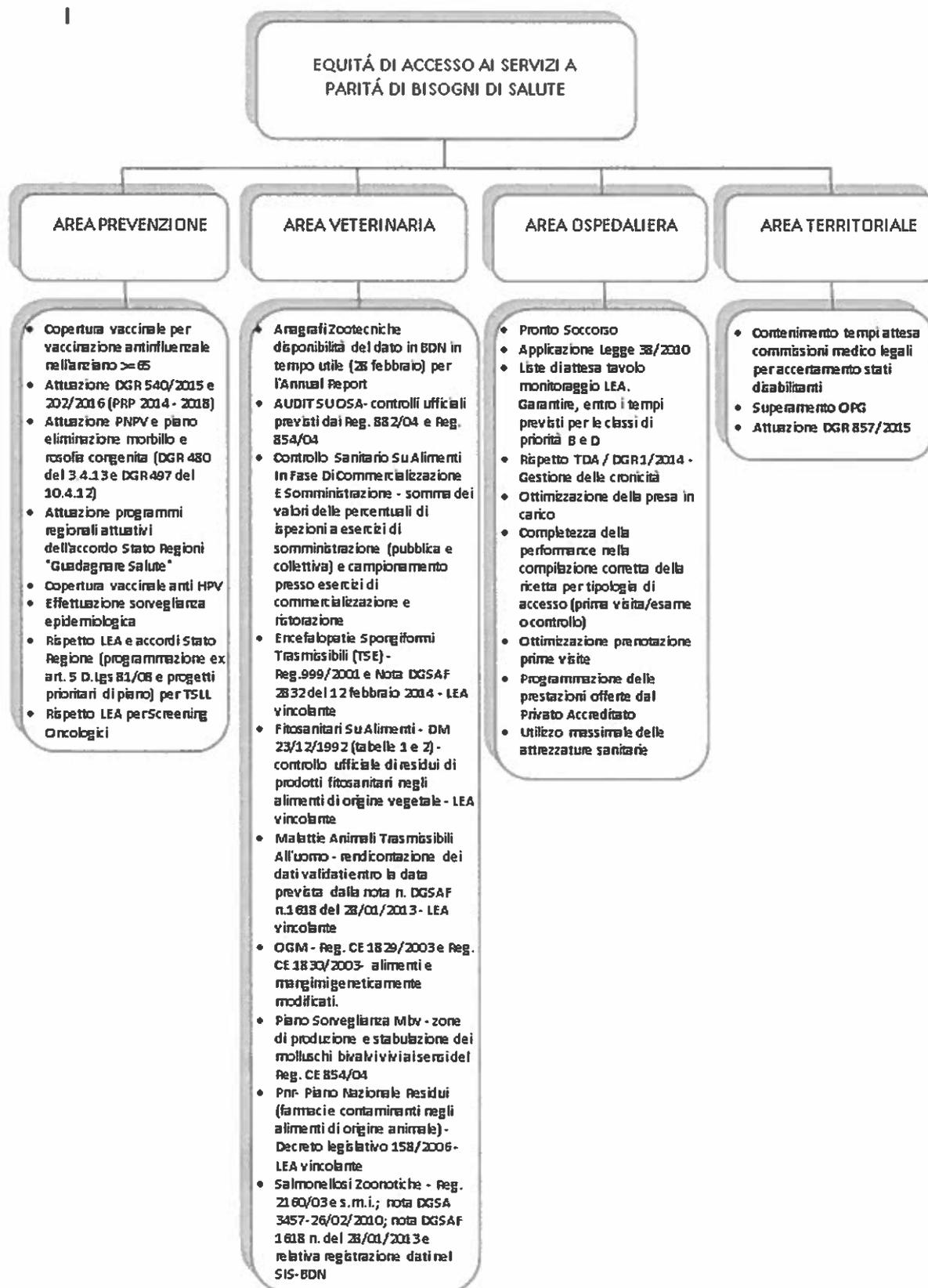
Il collegamento tra la *mission* istituzionale, le arce strategiche e gli obiettivi strategici è rappresentato nell'albero della performance seguente, che costituisce il collante con gli obiettivi operativi definiti per il 2018.

⁴ Deliberazioni n. 478/2013 (Numero dei presidi ospedalieri per AAVV), n. 551/2013 e 1219/2014 (riduzione delle strutture complesse e semplici), n. 735/2013 (Riduzione della frammentazione ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza), 1345/2013 e 1219/2014 (Riordino delle reti cliniche), 920/2013 e 1476/2013 (Riordino rete emergenza-urgenza).









VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI

- Piano assunzioni
- Garantire il rispetto del turnover
- Riduzione precariato
- Garantire la continuità assistenziale

TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI CITTADINI

- Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali
- Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)

SISTEMI INFORMATIVI E SERVIZI DI SUPPORTO

- Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali
- Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)
- Liste di attesa
- Consultorio
- Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni
- Progetto Regione Marche "Rete telematica per la Gestione delle sindromi coronariche acute (DGR 1282/2016)
- Gestione ed utilizzo delle anagrafiche fornitori e prodotti/servizi intervento nei processi e nelle funzionalità del Sistema Informativo AREAS
- Precisione degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera e distribuzione diretta
- Codifica unica catalogo Regionale RIS normalizzato
- Rendicontazione obiettivi prioritari di rilievo nazionale 2016 (DGR 648/2016)
- Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano (DGR 954/2016)
- Efficacia ed efficienza del processo di budgeting
- Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)
- Obiettivi Area ATL (Bilancio)
- Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)
- Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)
- Obiettivi Area ATL (Formazione)
- Obiettivi Area ATL (Ingegneria Clinica)
- Obiettivi Area ATL (Patrimonio)
- Obiettivi Area ATL (Personale)
- Obiettivi Area ATL (Provveditorato)
- Obiettivi Area ATL Affari Generali/Segreterie generali)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)

3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2018

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati gli indicatori e risultati attesi per l'anno 2018, che confermano il mantenimento dei risultati attesi 2017, approvati con DGRM 146 del 20/02/2017 e con Det. 314/2017, in attesa dell'approvazione da parte della Giunta Regionale dei nuovi obiettivi 2018. Sono stati recepiti alcuni nuovi indicatori presenti nel Nuovo Sistema di Garanzia, ancora in corso di definizione, che andrà a disciplinare la valutazione dell'erogazione dei LEA dei diversi Servizi Sanitari Regionali.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2018 con apposita Delibera di Giunta.

L'Allegato 3 al presente Piano delle Performance rappresenta per ciascun obiettivo l'elenco degli indicatori e dei risultati attesi per l'anno 2018.

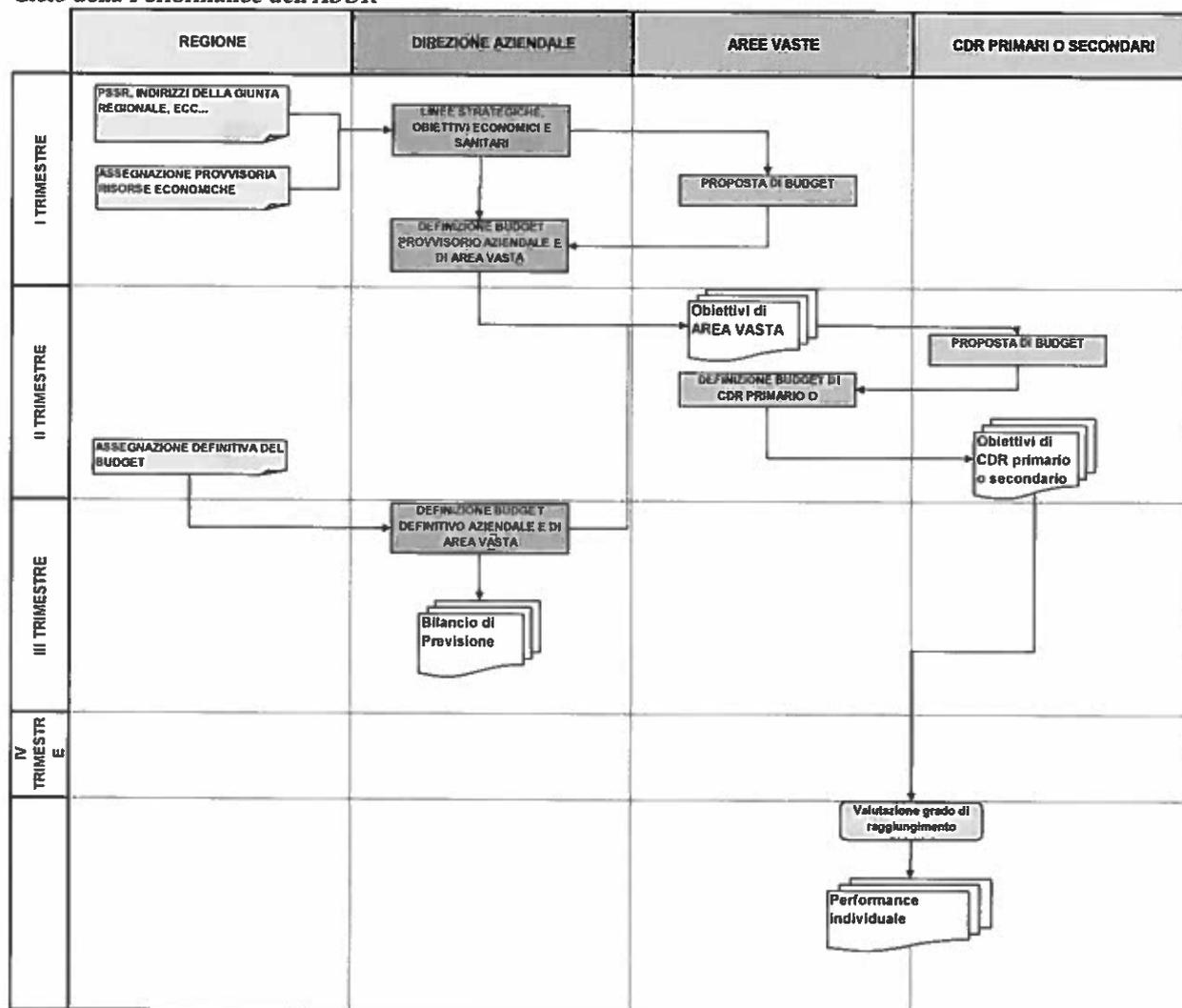
E) Il ciclo della performance

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



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

Ciclo della Performance dell'ASUR



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

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

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

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

Nella stessa logica di ripartizione a cascata, i Direttori di Area Vasta definiscono un piano di attività annuale di Area e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i

Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di responsabilità primari negoziano le schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 1.

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

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

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

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

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

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 e s.m.i., in linea con le indicazioni regionali, applicati sia al personale della dirigenza che a quello del comparto.

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

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

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

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

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

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

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

2 - Il processo di valutazione

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

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

- possibilità di contraddittorio tra valutatore e valutato, anche in sede di valutazione finale;
- previsione di procedure di conciliazione interne in caso di contestazioni delle valutazioni ricevute da parte dei valutati.

Lo scopo principale del sistema di valutazione è quello di:

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

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.

3 - Il processo di misurazione

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

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

Gli obiettivi assegnati devono essere:

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

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

a. Area dei risultati

b. Area dei comportamenti organizzativi

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

Sub.a - Area dei risultati

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

Sub.b – Area dei comportamenti organizzativi

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

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

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 livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza sia i comportamenti.

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

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

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

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

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

5 - Procedure di conciliazione

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

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

Per accedere al percorso conciliativo il valutato deve esprimere, nel termine perentorio di giorni 15 dalla data di sottoscrizione della scheda di valutazione, richiesta di revisione della valutazione facendo pervenire esplicita contestazione scritta al valutatore e per conoscenza alla struttura gestione del personale dell'Area Vasta, ovvero della Direzione Generale per il personale ivi assegnato, esprimendo con chiarezza ed esaustività i motivi del proprio disaccordo e proponendo contestualmente il punteggio ritenuto congruo.

Il valutatore, nel termine di giorni 15 dalla data di ricezione della istanza, può modificare la valutazione già emessa oppure esprimere adeguata motivazione sulla valutazione effettuata. Dette motivazioni sono inviate dal valutatore alla struttura gestione del personale nel termine perentorio di giorni 15 dal ricevimento della notifica di chiarimenti.

L'istanza del valutato e le argomentazioni del valutatore sono indirizzate dalla struttura gestione del personale al Nucleo di Valutazione che ne discuterà nella prima seduta disponibile.

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

6 – La corresponsione dei compensi

La retribuzione di risultato/produttività è corrisposta a consuntivo nei limiti dei fondi contrattuali annualmente quantificati con apposita determina in funzione del raggiungimento totale o parziale dell'obiettivo assegnato previa certificazione del Nucleo di Valutazione, successivamente 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 la performance individuale come risultante dalla scheda di valutazione individuale.

I criteri di per la ripartizione del fondo di risultato/produttività collettiva sono definiti in sede di contrattazione collettiva integrativa.



Area Vasta n. _
Scheda di Budget
Anno _____

DIPARTIMENTO

C.D.R.

RESPONSABILE

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

RISORSE ECONOMICHE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Consumi di beni sanitari					
Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali in DPC con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali senza AIC					
Consumi di emoderivati di produzione regionale					
Consumi di sangue ed emocomponenti					
Consumi di prodotti dietetici					
Consumi di materiali per la profilassi igienico-sanitaria					
Consumi di prodotti farmaceutici ad uso veterinario					
Consumi di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario					
Consumi di dispositivi medici					
Consumi di dispositivi medici impiantabili attivi					
Consumi di dispositivi medici diagnostici in vitro					
Consumi di prodotti chimici					
Consumi di altri beni e prodotti sanitari					
Consumi di beni non sanitari					
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari					
Rimborsi, assegni e contributi					
Acquisti di servizi non sanitari					
Manutenzioni e riparazioni					
Godimento beni di terzi					
Costo del personale ruolo sanitario					
Costo del personale ruolo professionale					
Costo del personale ruolo tecnico					
Costo del personale ruolo amministrativo					
Altri costi del personale dipendente					
Altre convenzioni di lavoro					
Ammortamenti					
TOTALE COSTI DIRETTI		0	0		
INDICATORI DI PERFORMANCE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
(si veda il Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2018)					

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

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

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENZA		ANNO:
Direttori Dipartimento, Direttori Unità Operative Complesse, Responsabili Strutture Semplici		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		
Incarico dirigenziale conferito:		
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi		
B.1 Interazione interna/esterna:		
B.1.1 Capacità di rapportarsi con utenti, enti ed Istituzioni esterne (da 1 a 10)		___/10
B.1.2. Capacità di adottare interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura (da 1 a 10)		___/10
B.1.3. Capacità di contribuire all'integrazione dell'attività propria e della propria Struttura con la Direzione Generale/di Area Vasta e con le altre strutture dell'Azienda, per il raggiungimento di obiettivi comuni (da 1 a 10)		___/10
B.2. Organizzazione e gestione interna della struttura		
B.2.1. Capacità di attivare le procedure di controllo della gestione con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità delle prestazioni, alle certificazioni di qualità dei servizi (da 1 a 10)		___/10
B.2.2. Capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, i conseguenti processi formativi e la selezione del personale interessato (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di programmazione, definizione e assegnazione di obiettivi ai collaboratori (da 1 a 10)		___/10
B.2.4. Capacità di delegare ai propri collaboratori responsabilità e compiti, favorendo la loro autonomia e la crescita professionale (da 1 a 10)		___/10
B.3. Attitudine alla leadership e capacità organizzative		
B.3.1. Capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività. (da 1 a 10)		___/10
B.3.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva		___/100
<i>L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a ___/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a ___/100.</i>		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Osservazioni del valutato:		
Data:	Firma del valutatore	Firma del valutato

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE DIRIGENZA		ANNO:
Incarichi professionali (art. 27, c. 1 - lett. c e d - CCNL 8.6.2000)		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		
Incarico dirigenziale conferito:		
Legenda: per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B.1 Interazione interna/esterna:		
B.1 Competenze ed attitudini professionali		
B.1.1. Capacità di partecipare fattivamente e costantemente ai progetti proposti dalle UOC/UOS, quali il processo di budget, iniziative formative, gruppi di lavoro ove richiesto (da 1 a 10)		___/10
B.1.2. Capacità di tenere informato il proprio responsabile sul sorgere dei problemi più significativi e sui consistenti scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, informandolo sulle cause e sui correttivi intrapresi e/o da intraprendere (da 1 a 10)		___/10
B.1.3. - Capacità di adottare gli interventi necessari per migliorare il livello di soddisfazione dell'utenza esterna rispetto ai servizi offerti dalla struttura (da 1 a 10)		___/10
B.2 Organizzazione		
B.2.1. Capacità di garantire, nei rapporti con le altre strutture aziendali, l'osservanza ed il miglioramento dei processi tecnico specialistici e/o organizzativi (da 1 a 10)		___/10
B.2.2. Capacità di suggerire soluzioni innovative realizzabili e di contribuire all'implementazione di innovazioni e strumenti tecnico/organizzativi introdotti dal responsabile della struttura (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di impegnarsi costantemente in una attività di aggiornamento e formazione professionale, mantenendosi informato sugli sviluppi della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica (da 1 a 10)		___/10
B.2.4 - Capacità di utilizzare in modo ottimale le metodologie e strumentazioni necessarie e tutte le risorse spazio-temporali della struttura di appartenenza e dell'azienda, in un'ottica di maggiore efficienza e di umanizzazione del servizio (da 1 a 10)		___/10
B.3 Clima organizzativo		
B.3.1. Capacità di interagire in modo aperto e costruttivo con i superiori gerarchici, i colleghi ed il personale pertinente alla struttura contribuendo a mantenere un clima organizzativo favorevole alle produttività (da 1 a 10)		___/10
B.3.2. Capacità di partecipare al miglioramento del rapporto con l'utenza interna ed esterna in termini di comunicazione e comprensione dei bisogni della stessa (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva		___/100
<i>L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a ___/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a ___/100.</i>		

Punti di forza e aspetti da migliorare		
Osservazioni del valutato:		
Data:	Firma del valutatore	Firma del valutato

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Categorie A - B - C - D		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		Categoria:
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
Giudizio		Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi		Valutazione
B.1 Competenze ed attitudini professionali		
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)		___/10
B.1.2 Capacità di portare a termine i compiti assegnati (da 1 a 10)		___/10
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro		
B.2.1. Capacità di rispettare le disposizioni di servizio comprese l'osservanza dell'orario e la puntualità (da 1 a 10)		___/10
B.2.2. Correttezza e disponibilità nei confronti dei colleghi e dei superiori, riconoscimento del ruolo che rivestono e rispetto delle loro competenze (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)		___/10
B.3 Stile relazionale		
B.3.1. Capacità di relazionarsi con utenti e colleghi in modo garbato e disponibile (da 1 a 10)		___/10
B.3.2. Capacità di dare informazioni chiare ed esaustive sugli argomenti rientranti nella propria competenza (da 1 a 10)		___/10
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni		
B.4.1. Capacità di utilizzo efficace ed efficiente di attrezzature e macchine (da 1 a 10)		___/10
B.4.2. Precisione, accuratezza, rapidità di esecuzione della prestazione richiesta (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):		___/100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a ___/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a ___/100.		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Osservazioni del valutato:		
Data:	Firma del valutatore	Firma del valutato

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Titolari di Posizione Organizzativa/ Funzioni di Coordinamento		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		Categoria:
Incarico di Posizione Organizzativa/Coordinamento attribuito:		
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
	Giudizio	Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A. Area dei risultati		Valutazione
A.1 - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura (da 1 a 10)		___/10
B. Area dei comportamenti organizzativi		
B.1 Competenze ed attitudini professionali		
B.1.1 Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)		___/10
B.1.2. Capacità di svolgere le attività affidate con autonomia (da 1 a 10)		___/10
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro		
B.2.1. Propensione alla collaborazione all'interno del Servizio/Ufficio (da 1 a 10)		___/10
B.2.2 Capacità di proporre soluzioni innovative o di miglioramento dell'organizzazione del lavoro (da 1 a 10)		___/10
B.2.3. Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)		___/10
B.3 Stile relazionale		
B.3.1 Capacità di operare in situazioni critiche o conflittuali (da 1 a 10)		___/10
B.4 Livello quali-quantitativo delle prestazioni		
B.4.1. Grado di coinvolgimento nei processi aziendali e il contributo offerto per migliorare la qualità dei servizi ed il grado di soddisfazione dell'utenza (da 1 a 10)		___/10
B.5 Attitudine alla leadership e capacità organizzative		
B.5.1. Capacità di prendere decisioni chiare e precise sulle questioni rientranti nella propria sfera di competenza assumendone la relativa responsabilità (da 1 a 10)		___/10
B.5.2. Capacità di elaborare proposte operative idonee alla soluzione di problemi specifici e mirate al raggiungimento degli obiettivi posti dall'Azienda (da 1 a 10)		___/10
Valutazione complessiva (somma dei punteggi):		___/100
<i>L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a ___/100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a ___/100.</i>		
Punti di forza e aspetti da migliorare		
Osservazioni del valutato:		
Data:	Firma del valutatore	Firma del valutato

A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Sr	Descrittore	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore obiettivo 2018
3.1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3/4/13 e DGR 497 del 10/4/12)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per prima dose MPR	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con prima dose MPR	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	+5% rispetto anno 2017
4.3	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3/4/13 e DGR 497 del 10/4/12)	copertura vaccinale	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con 1 dose	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	76,6%
4.4	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3/4/13 e DGR 497 del 10/4/12)	copertura vaccinale antimeningococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	89,6%
115	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	numero di soggetti superiore o uguale a 65 anni residenti	> anno 2017
5.3	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di canceri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (canceri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei canceri invasivi screen-detected	N° di tutti i canceri screen-detected * 100	< 25%
116	rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/Azienda	N. strutture eroganti per AZ/AV	Mantenimento di almeno due ore/struttura per AV/Az per ogni screening
6.1	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	>=5%
117.2	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	>10%
7	attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute"	prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta	prevalenza anno di valutazione	prevalenza anno precedente a quello della valutazione	mantenimento % indicatori almeno pari al 2012-2014
8	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	n di interviste effettuate	n interviste da effettuare	>= 90%
119	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/3/anno	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Scor Valori anno 2016
12	copertura vaccinale anti HPV	copertura vaccinale anti HPV (**)	N. bambini nel corso del 12° anno di età vaccinate con ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita 2001	66,95% o, se inferiore, mantenimento valore % anno precedente
182.1	Screening neonatali visivo ed oculare	% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening		95%
183	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=95%
184	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Persone in età target che eseguono nel 2016 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2016	>50%
185	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2016 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2016	> 45%
186	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2016 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2016	> 40%
216	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 2018 descritti in all. A DGR 202/16 (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-1, 12-8, 12-10, 12-11)		relazione ASUR
269	Attuazione piano eliminazione meningococco B ai nuovi nati	Copertura vaccinale meningococco B ai nuovi nati coorte 2018	N° di soggetti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita 2018	> = 30%
270	Attuazione piano eliminazione meningococco ACWY agli adolescenti (range 11 - 18)	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 12 - 18 anni) di una dose antimeningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati entro un anno per antimeningococco C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
271	Attuazione piano eliminazione morbillo, parotite, rosolia e varicella nel primo anno di vita	Copertura vaccinale nei bambini nati dall'anno 2016 con offerta a 13-15 mesi con dose vaccino quadrivalente MPRV.	N° di soggetti vaccinati nati a partire dall'anno 2016	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
272	Attuazione piano eliminazione Papilloma virus ai maschi	Copertura vaccinale a tutti i maschi nati a partire dall'anno 2007 per il vaccino HPV anti Papilloma Virus	N° di soggetti vaccinati, nati a partire dall'anno 2007	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
273	Attuazione piano eliminazione Poliomielite (PV)	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 12 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomielite, da effettuare con richiamo DPTa	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore Valore anno 2010
274	Attuazione piano eliminazione pneumococo nei soggetti adulti	Realizzazione di campagna vaccinale antipneumococcica nell'anziano >= 65 aa	N° di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per antipneumococcica	N° di soggetti di età >= 65 anni residenti	>= 55%
275	Attuazione piano eliminazione Herpes-Zoster nei soggetti adulti	Copertura vaccinale dai soggetti di 65 anni di età	N° di soggetti vaccinati anni 65	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>= 20%
276	Attuazione piano eliminazione Rotavirus nei bambini	Copertura vaccinale dei bambini soggetti a rischio	N° di bambini vaccinati soggetti a rischio	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>= 60%
284	Rispetto LEA per Screening Oncologici	*% Arce Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV	Attivazione in 3 Arce Vaste su 5
285		*% Arce Vaste che hanno attivato percorso screening cancro mammella su base credo-familiare	N° AAVV con percorso cancro mammella su base credo-familiare attivato	Totale AAVV	Attivazione in 3 Arce Vaste su 5

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Low Value atteso 2010
13	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi alla pianificazione delle attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmate dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2018		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare
14.1	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n. 1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%
14.2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n. 1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
15.1	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	≥ 85%
15.2	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini morti	≥ 85% di ovini
15.2	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
16	PNR - PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti) negli alimenti di origine animale - Decreto legislativo 158/2006 - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	≥ 98%
19	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
17	PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale Circolare 2/2/2000 n. 3e succ. modifiche; D.L. n. 90/93, Decisione della Commissione 2001/9/CE, Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n.	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	Campioni effettuati per il PNAA	Totale campioni previsti dal PNAA	≥ 90% del programma di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma
18	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.L. n. 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSF n. 1466 del 26/01/2012 - LEA vincolante	% operatori controllati sul totale previsti dal programma in relazione alle frequenze stabilite	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	100%
20.1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende ovi-caprini controllati	N. totale aziende ovi-caprini	≥ 3% delle aziende
20.1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	≥ 5% dei capi

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Valore atteso 2013
20.2	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 Febbraio) per l'Annual Report	% Aziende sanicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, d.lgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende sanicole controllate I&R	N. totale aziende sanicole	1%
21.1	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati- articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di ispezioni effettuate sul totale delle programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. di ispezioni effettuate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. totale di ispezioni programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	≥ anno 2013
21.2	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati- articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	≥ anno 2013
22	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1831/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	≥ 95 % Piano OGM
23	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabilizzazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%
24	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.s., nota DGSA 3457-26/02/2010, nota DGSF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
25	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	% di AUDIT effettuati sul totale dei programmati dall'Autorità Competente Locale	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		Atti formali adottati che definiscono il programma di audit dell'ACL su OSA (Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte)
134	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	Atti formali che definiscono il programma di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		Atti formali adottati che definiscono il programma di audit dell'ACL su OSA (Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte)

B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asser Valore atteso 2018
198	B 1-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 100 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	>80% (inclusi privati accreditati)
199	B 1-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	>70%
200	B 1-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative con volumi di attività > 150 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	97% inclusi privati accreditati
201	B 1-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui	Numero di ricoveri int. frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	100% inclusi privati accreditati
258	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Infarto Miocardico Acuto mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	100% Stabilimenti < 12%
259	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Scompenso cardiaco congestizio mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco	100% Stabilimenti < 14%
261	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Ictus ischemico mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	100% Stabilimenti < 16%
262	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM mammella. % nuovi int. di resezione entro 120 gg da int. conservativo	N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella	N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella	100% Stabilimenti < 18%
263	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM polmone. mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare	100% Stabilimenti < = 0,5%
264	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM stomaco. mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico	100% Stabilimenti < = 2017
265	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM colon. mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	100% Stabilimenti < 8%
266	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Parto naturale. % complicanze	N° ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto naturale	100% Stabilimenti < = 2017
267	B 3-18	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Parto cesareo. % complicanze	N° ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto cesareo	100% Stabilimenti < = 2017
224	B 3-19	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	95% inclusi privati accreditati
225	B 3-19	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	100%

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asw Valore atteso 2018
226	B 3-19	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero totale ricoveri per PTCA totali eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	>30%
227	B 3-19	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	> 30% inclusi privati accreditati
149	B 1-14	Applicazione Legge 38/2010	Attività svolte per l'avvio della rete per le cure palliative Valutazione applicazione DGR 846/2014	Numero UCP II-D attivate	Numero Hospice attivati	≥ Valore 2017
150	B 1-14	Applicazione Legge 38/2010	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	≥ 2017
107	B 1-5	Avvio percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza: Efficienza operativa	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno. (Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore. Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione, Codice tipologia mezzo di soccorso. Considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo. Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto)		<=18
237	B 3-18	CHIRURGIA AMBULATORIALE	% prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS	Σ prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in DS	Totale prestazioni in DS e ambulatoriali	< 2,33%
234	B 4-1	ESPIANTO ORGANI	% Accertamenti di morte con criteri neurologici (ME) su decessi per gravi neurolesioni (DAFL) nei reparti di Rianimazione	N° accertamenti di morte con criteri neurologici (ME) nei reparti di Rianimazione	N° decessi per lesione cerebrale acuta (DAFL) nei reparti di Rianimazione	≥ 25%
235	B 4-1	ESPIANTO ORGANI	% di donatori di comez procurati Consensi ottenuti e procedimenti donazione comez avviati sui decessi totali	N° donatori procurati di comez (consensi ottenuti e procedimenti donazione comez avviati)	N° decessi totali (esclusi i procedimenti a cassa aperta)	≥ 5%
236	B 4-1	ESPIANTO ORGANI	% Opposizioni su accertamenti di morte	N° opposizioni	N° accertamenti di morte	< 5% rispetto a media nazionale
222	B 3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	(Σ DRG in R.O. 2018) - (Σ DRG in R.O. 2017)	(Σ DRG in R.O. 2017)	+ 7,4% (ΣDRG 149, 303, 481, 541, 569, 520)
223	B 3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG=>2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	>2017
286	B 3-18	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2018) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] per residenti anno 2017)	≥ 2017
47.1	B 1-7	Miglioramento appropriatezza chirurgica	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 22,56%
47.2	B 1-7	Miglioramento appropriatezza chirurgica	DRG LEA Chirurgici % Ricoveri in Day-Surgery	Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	≥ val 2017
295	B 1-10	Miglioramento appropriatezza chirurgica	BPCO riacutizzata mortalità a 30 giorni	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	100% Stabilimenti < 16%

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Aver Valore attesa 2018
46	B 1-8	Miglioramento appropriatezza medica	% Ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	Ricoveri medici >= 65 anni	< 5,12%
128	B 1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individualizzato riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo	> 80%
129	B 1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Vincolante Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< val 2017
177	B 1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Implementazione dei controlli sulle cartelle cliniche per i ricoveri di riabilitazione sulla base delle indicazioni regionali e aziendali (Decreto n. 12/RAO del 28/04/2016)	Numero di controlli effettuati	Numero controlli previsti da indicazioni regionali ed aziendali	100% dei controlli previsti
197	B 1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2017
231	B 3-17	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e v	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433 X1 e 434 X1) o (436)) sottoposti a trombolisi e v. (ICD9-CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434 X1) o (436))	>2017
287	B 3-17	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pz con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	> 2017
232	B 3-18	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	>2017
277	B 3-18	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	>2017
278	B 3-18	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Efficacia della presa in carico pre-ospedaliera	N° pz con trauma maggiore con cod NERO o deceduti in PS	N° totale dei pazienti trauma maggiore	>2017
45.1	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	% parti cesarei primari sul totale dei parti (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) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370-375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤15%
45.1	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	% parti cesarei primari sul totale dei parti (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) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370-375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	≤19%
45.5	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante % parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale	n assoluto <= a 12 parti pretermine	
45.2	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	> 58,72%
45.6	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	Vincolante Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≥ val 2017
45.7	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	N complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	≥ val 2017
45.9	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	vincolante % Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	< 33,04%

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Altre Valore atteso 2018
45.3	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno)	≥ val 2017
45.4	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti)	100% Stabilimenti < 16%
195	B 1-10	Potenziamento qualità clinica	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%
196	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	<=1,30
191	B 1-11	Pronto Soccorso	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti	>=80%
192	B 1-11	Pronto Soccorso	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora	>=80%

C. LISTE DI ATTESA

Nr	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Year Value anno 2018
166	C 2-13	Completezza della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo)	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso	N totale di prestazioni richieste	>90%
192	C 1-10	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
193	C 1-10	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
190	C 1-9	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
191	C 1-9	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
113	C 3-1	Liste di attesa	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità			100%
188	C 1-8	Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA Garanzire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni: - visita oculistica, visita ortopedica, visita cardiologica, - mammografia, - TAC torace, - ecocolordoppler tronchi sovraortici, - ecografia ostetrico ginecologica, - RMN colonna vertebrale	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
189	C 1-8	Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA Garanzire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni: - visita oculistica, visita ortopedica, visita cardiologica, - mammografia, - TAC torace, - ecocolordoppler tronchi sovraortici, - ecografia ostetrico ginecologica, - RMN colonna vertebrale	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
230	B 4-1	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Reportistica dell'avvenuta attivazione di agende per la presa in carico di pazienti con patologia oncologica (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione delle agende per la presa in carico di TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	
172	C 2-10	Ottimizzazione prenotazione prime visite	Numero di case della salute - équipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali			Mantenimento di una sede attiva per AV
187	C 2-14	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% ALPI	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione di almeno 1 agenda differenziata per almeno 5 prestazioni critiche, per Az/AV, sottoposte a monitoraggio PNGLA entro il 31/12/2018	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2018)	
174	C 2-11	Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato			Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni
171	C 2-12	Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie	Ore di utilizzo giornaliere per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature medicali			Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali

D. ASSISTENZA TERRITORIALE

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
296	D.2-4	Aumento del numero di pazienti trattati in ADI	Aumento del numero di pazienti trattati in ADI	Numero di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA3, CIA4) dell'anno 2018 - 2017	Numero di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA3, CIA4) dell'anno 2017	≥ 0
239	D.5.1	Consultorio	Attivazione Cartella Informatizzata Consultoriale	Numero di Cartelle Attivate		100%
298	D.7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Riduzione del n° accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde	N° accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde anno 2018 - 2017	N° totale accessi anno 2017	≥ 0
299	D.7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Riduzione del n° accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde	N° accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde anno 2018 - 2017	N° totale accessi anno 2017	≥ 0
300	D.7-1	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Riduzione del n° accessi in PS nelle ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde	N° accessi in PS nelle ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde anno 2018 -2017	N° totale accessi anno 2017	≥ 0
10.1	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa I.C.	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	≤ 1
10.2	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa L. 104	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	≤ 1
10.3	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa pz. Oncologici	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 20 giorni
10.4	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempi medio attesa non vedenti e non udenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi
10.5	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati	tempo medio attesa commissione patenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	45 gg medi
205	D.2-4	Cure Domiciliari	Percentuale di anziani ≥ 65 anni valutati con il sistema RUG III HC	Numero di anziani trattati in Cure domiciliari residenti nella regione	Popolazione anziana (≥65 anni) residente	valutazione e costante monitoraggio con il sistema RUG III HC di tutti i pazienti con età ≥ 65 anni in regime di cure domiciliari

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
297	D.2-4	Cure Domiciliari	Numero di giornate di sospensione delle cure domiciliari per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° di giornate di sospensione ADI per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° pazienti terminali	< anno precedente
241	D.2-4	Cure Domiciliari	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA1 e 2	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA1 e 2		≥ mediana nazionale (5,15 nel 2015)
242	D.2-4	Cure Domiciliari	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA3 e 4	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA3 e 4		≥ mediana nazionale (1,53 nel 2015)
27.2	D.2-2	Cure domiciliari Sub1: Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le OOSS DGR n.149/14 e 791/14.	Messa a regime della riorganizzazione delle Cure Domiciliari secondo gli standard della DGR 791/14.			Fatto/Non Fatto
221	D.1-6	D.1 CASE DELLA SALUTE E CURE INTERMEDIE	Attivazione p.l. Cure Intermedie a gestione Medici Medicina Generale	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante lo stato di avanzamento relativamente ai PL di CI previsti		Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019

E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Assur Valore atteso 2018
138	E.2-4	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Report trimestrali attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i Codici ORPS) di competenza nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		100%
161	E.3-1	Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Attuazione 13 indicatori di cui al punto D) DGR 1/2015	Attuazione indicatori al punto "D"		Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2019
213	E.3-4	Attuazione DGR 857/2015	Indicatori di cui ai punti d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015	Attività di cui d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 realizzate per AAVV		Relazione su stato attuazione d), art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2019
162	E.3-2	Aumento n. sedi n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2018	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2017	>= Valore 2016
238	E.2.17	Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali	Atti di convenzionamento	Trasmissione completa dei convenzionamenti attivati dall'ASUR per l'anno 2018 divisi per tipologia di struttura di cui alla DGR 1331/2014		100% delle convenzioni
140	E.2-6	Implementazione dei Punti Unici di Accesso a livello distrettuale (PUA)	numero % di PUA operativi progettati	Individuazione degli idonei spazi ed avvio progetti di implementazione del nuovo modello organizzativo		Fatto/Non Fatto
141	E.2-7	Implementazione delle Unità Valutative Integrate (UVI)	numero % UVI che utilizzano i medesimi strumenti di valutazione multidimensionale	Avvio del percorso formativo per acquisizione e l'utilizzo dei medesimi sistemi di valutazione multidimensionale	Avvio del percorso formativo per acquisizione e l'utilizzo dei medesimi sistemi di valutazione multidimensionale	Fatto/Non Fatto
288	E.2-5	Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori	Adesione al percorso di monitoraggio periodico dell'applicazione delle DD GG RR. 110/15 e 111/15	Per ogni periodo monitorato: Numero Questionari correttamente compilati pervenuti	Numero Questionari previsti (13)	100%
206	E.1-3	Superamento OPG	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		Presenza in carico informatizzata da parte dei DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria

F. SPESA FARMACEUTICA

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
90	F.2-2	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni.			Relazione entro il 15/12/2018
301	F.2-3	Contenimento spesa farmaceutica territoriale e convenzionata	Rispetto dei tetti e dell'atto d'indirizzo organizzativo per le AA.VV in attuazione DGR 963/17 e det. ASUR DG 615/17	Rispetto obiettivo di risparmio definito per A.V. da det. ASUR 615/17		<=0
99	F.1-3	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione attestante la centralizzazione
279	F.2-9	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	>=90%
280	F.2-9	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	>= 99%
100.1	F.2-6	Incremento distribuzione diretta	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2017	(DDD in distribuzione diretta anno 2018 - DDD in distribuzione diretta anno 2017)	DDD in distribuzione diretta anno 2017	>= 2% rispetto al 2017
246	F.1-7	Incremento segnalazioni ADR	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2017	(N° segnalazioni ADR anno 2018 - N° segnalazioni ADR anno 2017)	N° segnalazioni ADR anno 2017	> 10% rispetto al 2017
91.2	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Statine: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta statine (ACT4 C10AA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 9
91.3	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sostanze modificatrici dei lipidi: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sostanze modificatrici dei lipidi (ATC5 C10BA02 + C10AX09)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 3
91.4	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 10
91.5	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: % Pazienti trattati rispetto ai residenti	Pazienti residenti con prescrizioni di farmaci inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 17%
91.6	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	% DDD Sartani associati e non su totale DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	DDD Sartani associati e non (ATC4 C09CA + C09DA)	DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (ATC2 C09)	≤ 40%

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
917	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani non associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani non associati (ATC4 C09CA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 5
918	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani associati (ATC4 C09DA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 6
919	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Adrenergici respiratori: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta adrenergici respiratori (ATC4 R03AK)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 6
245	F.2-10	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	≥ 2,5% rispetto al 2017
911	F.2-3	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata	≥ 2,5% rispetto al 2017
100.2	F.2-6	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei corretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovraccitate.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
102	F.1-4	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante la costituzione di una commissione dei DM finalizzata: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
208	F.2-8	Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi	Variazione % DDD farmaci antibiotici	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2018) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2017)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2017)	< al 2% rispetto al 2017
244	F.1-5	Riduzione farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017 (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti ospedalieri anno 2018)		< rispetto al 2017

Nr	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2018
289	F.3.1	Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata	$\Delta\%$ Spesa annuale per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2018)	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2016)	$\leq 3\%$ rispetto al 2017
247	F.1-8	Rispetto della compilazione Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%
207	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Verifiche sull'uso del biosimilare nel paziente naive	N° Tot PT verificati	N° totali di PT	100% dei PT verificati
207.1	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Verifiche sull'uso del biosimilare nel paziente naive	N° Tot naive con prescrizione biosimilari	N° tot PT naive	$\geq 80\%$
207.2	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Verifiche sull'uso del biosimilare nel paziente naive	N° PT naive con prescrizione originator	N° tot PT naive	$\geq 3\%$
207.3	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Verifiche sull'uso del biosimilare nel paziente naive	N° Audit effettuati con i clinici sui naive con prescrizione di originator		n° audit effettuati
92	F.1-6	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	$\geq 3\%$

G. FLUSSI INFORMATIVI

Nr.	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore atteso 2016
71	G.1-1	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2017	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 (e successive integrazioni) censite nei nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.13, comma 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 (e successive integrazioni) collaudate nell'anno 2017	100%
219	G.1-1	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2017	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014, nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014, nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018	100% per strutture pubbliche + Produzione di reportistica entro il 31/01/19 attestante le attività poste in essere verso tutte le strutture private accreditate finalizzate alla pubblicazione NSIS delle apparecchiature sanitarie in uso delle predette strutture ricomprese nell'al. 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché degli angiografi e mammografi (ASUR)
202	G.1-6	Completezza Tabella IC, hi e Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. IC, hi e su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. IC, hi e	Num. Totale strutture private accreditate	100%
212	G.1-8	Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture e sulla piattaforma di certificazione dei crediti	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture	70%
281	G.1-11	Flusso 118; Accuratezza del campo "Tipologia mezzo di soccorso"	% Missioni con codice "tipologia mezzo di soccorso" = 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14 rispetto al totale	Σ Missioni con codice "tipologia mezzo di soccorso" = 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14	Σ Missioni con tutti i codici "tipologia mezzo di soccorso"	≥ 95%
88	G.1-2	Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE, voci B.1.A3.1 Dispositivi medici e B.1.A3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi	Consumi di dispositivi medici; Valore percentuale delle spese rilevate dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	Delta anno precedente >= 30% in alternativa >= 65%
217	G.1-9	Flusso FAR; Estensione Flusso FAR agli Ospedali di Comunità ed utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014 dg 139/2016 e dg 746/2016)	Compilazione e trasmissione Flusso FAR per tutti i servizi attivati negli Ospedali di Comunità	Numero servizi attivi negli Ospedali di Comunità presenti nei record validi inviati nell'Anno 2018	Numero totale servizi attivi negli Ospedali di Comunità nell'Anno 2018	100%
218	G.1-9	Flusso FAR; Estensione Flusso FAR agli Ospedali di Comunità ed utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014 dg 139/2016 e dg 746/2016)	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR		100%
131	G.1-3	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anamnesi patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anamnesi patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anamnesi patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2017)	100%
210	G.1-3	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2015	Numero schede cause di morte registrate anno 2015	Numero totale schede cause di morte anno 2015	100%
73	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Numero % di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero totale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno)	>= 80%
74	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di prese in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21 Quadro H	Numero prese in carico attivate presenti nel flusso SIAD	Numero prese in carico nel Modello FLS21	Valore compreso tra 80 e 120
75	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100

Nr	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore obiettivo 2018
26	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di esiti di presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2018 rispetto al 2017	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2018	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2017	>= 90%
27	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
28	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale: Valutazione della completezza del flusso SISIM - % di completezza del tracciato di attività territoriale e	Numero record validi presenti nel tracciato Anagrafica che rispettano le condizioni di integrità referenziale dei traccati di attività territoriale (contatti e prestazioni)	Numero totale record validi presenti nel tracciato Anagrafica	>=80%
29	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
30	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24	Numero di accessi calcolati con EMUR	Numero di accessi calcolati con HSP24	Valore compreso tra 90 e 110
31	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero totale di record campi data-ora	Valore compreso tra 90 e 100
32	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2018 rispetto al 2017	Numero di interventi del servizio 118 anno 2018	Numero di interventi del servizio 118 anno 2017	>= 90%
33	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro G	Valore compreso tra 80 e 120
34	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Completezza flusso FAR: Completezza dei record validi inviati	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2018	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2017	Valore compreso tra 80 e 120
35	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Hospice: valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri	Numero di strutture che inviano i dati del flusso Hospice ogni trimestre	Numero di strutture e presenti nel Modello STS11	100%
37	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza farmaceutica - Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei farmaci: Incidenza del costo dei Flussi medicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE	Valore delle spese rilevate dai Flussi Medici per distribuzione diretta e consumi ospedalieri (al netto dei vaccini)	Totale costi rilevati del Modello di costo economico per le voci corrispondenti	>= 95%
211	G.1-7	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		<= 0
220	G.1-10	Precisione degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera e distribuzione diretta	% Variazione spesa per correzione flussi già inviati nei trimestri precedenti	(Spese originariamente comunicate nei flussi trimestrali) - (Spese rilevate nei flussi trimestrali già inviati a seguito di correzioni successive)	Spese originariamente comunicate nei flussi trimestrali	< 1,5% sul 1° trimestre; < 1% sul 1° semestre; < 0,5% sui primi 9 mesi
283	G.1-13	Specialistica ambulatoriale: Completezza e tempestività degli invii mensili delle prestazioni erogate ai cittadini esenti	Tempestività comunicazioni delle motivazioni relative agli scostamenti percentuali mensili anomali rispetto all'anno precedente nel flusso della specialistica ambulatoriale	Tempestività comunicazioni alle P.F. Sistema di governo del Servizio sanitario delle motivazioni relative agli scostamenti percentuali di competenza mensile, rispetto all'anno precedente, superiori alla soglia target, relativamente alle prestazioni erogate ai cittadini esenti		± 10% per ogni mese su ciascun distretto (A partire da Febbraio)
291	G.1-14	Specialistica ambulatoriale: Corretta gestione delle ricette specialistiche dematerializzate - Presa in carico ed erogazione tramite SAR	% Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice (Espresso 5315)	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI	100%
130	G.1-5	Vinculante Garantire completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2018 (Dati per dichiarazione dei redditi)	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2018 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2018	100%

H. AREA AMMINISTRATIVA TECNICO-LOGISTICA

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asse Valore obiettivo 2018
112.1	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina			Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina
112.2	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Ribaltamento ai Responsabili di CDR degli obiettivi economici e sanitari della Direzione di AAVV			Ribaltamento di almeno il 90% degli indicatori
114.1	Obiettivi Area ATL (Affari Generali/Segreteria generali)	I Servizi assicurativi - Contenzioso - Segreteria hanno l'obiettivo di garantire la puntuale applicazione della procedura di gestione diretta sinistri approvata con Determina n. 749 del 28/10/2015, secondo quanto stabilito dettagliatamente negli allegati ivi acclusi			Almeno l'80% delle istutuzioni pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2017 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015
114.1	Obiettivi Area ATL (Affari Generali/Segreteria generali)	Trasmissione trimestrale dell'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenute dall'Area Vasta			N. 4 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenute realistiche al primo trimestre 2017 (entro il 31/03), al secondo trimestre 2017 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2017 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2017 (31/01)
114.2	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Equilibrio economico finanziario mensile e annuale attraverso programmazione pagamenti per area vasta	5 AAVV conformi		12 reports
114.2	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Certificazione dei crediti attraverso la verifica estratti conto ricevuti dal Responsabile Contabilità Aziendale	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione		Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione
114.2	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Bilancio
114.2	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Rispetto scadenza chiusura Bilancio	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio stabilite dalla Direzione ASUR		Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio stabilite dalla Direzione ASUR
114.3	Obiettivi Area ATL (Formazione)	5) Gestione reclami			100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento
114.4	Obiettivi Area ATL (Personale)	Correttezza negli adempimenti aziendali richiesti dalla Direzione Generale (Cud, Conto Annuale, Modello 770, Denuncia Disabili, Atti di determinazione dei fondi contrattuali, Chiusura Stipendi)			Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente
114.4	Obiettivi Area ATL (Personale)	Partecipazioni alle riunioni dal parte dei dirigenti convocati e applicazione delle indicazioni operative decise in coordinamento			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni
114.5	Obiettivi Area ATL (Patrimonio)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio
114.5	Obiettivi Area ATL (Patrimonio)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2013 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.6	Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)	Produzione di Reportistica almeno bimestrale ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati			Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari
114.6	Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)	Implementazione del sistema di valutazione del personale dell'AV5 nelle AV 1-2-3-4			100%

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Unità Valore atteso 2015
114.7	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Programma acquisizione tecnologie sanitarie secondo la DGRM n. 986/2014, in collaborazione con l'Area Ingegneria clinica			100%
114.7	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Adempimenti in relazione al riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità e trasparenza, inserimento informazione procedura Areas nei tempi previsti			100%
114.7	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Supporto Centralizzazione acquisti (Gare SUAM) le Aziende SSR e INRCA debbono trasmettere la documentazione di competenza per acquisti relativi a procedure di gara SUAM nelle modalità e tempistiche definite dai decreti regionali			100% richieste assolte
114.7	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato
114.7	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.8	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo l'applicazione delle indicazioni e disposizioni ricevute			Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizioni ricevute
114.8	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Supporto all'avvio della ricetta dematerializzata			Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata
114.8	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Risoluzione delle criticità riscontrate sulle ricette in esenzione, relativamente ai soggetti non esenti			100%
114.8	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Controlli delle autocertificazioni conclusione dell'anno 2015			100%
114.8	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale
114.8	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.9	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo la partecipazione agli incontri finalizzati all'ottimizzazione/revisione/ predisposizione delle procedure operative di afferenza delle Strutture			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Area Valore Anno 2018
114 9	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Attivazione delle procedure di recupero crediti			Fatto/non fatto
114 9	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Revisione delle procedure di controllo e liquidazione delle fatture di servizio dei trasporti in emergenza, prevalentemente sanitari e non prevalentemente sanitari,			Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT
114 9	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera
114 9	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114 11	Obiettivi Area ATL (Ingegneria Clinica)	Recepimento delle indicazioni e delle linee guida predisposte nella gestione dei processi di acquisizione e manutenzione delle tecnologie biomediche			Almeno il 70% dei processi di acquisizione e manutenzione conformi alle linee guida asur
114 12	Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Farmacia
114 12	Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114 13	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	1) Invio questionario ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione			Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC
114 13	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	2) Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente"			Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017
114 13	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	3) Adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.I. di competenza dell'AV			Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia
114 13	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C. 2016 per l'anno 2018			Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2018

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Anno Valore minimo 2018
151	Attuazione piano investimenti con fondi correnti	% Valore investimenti attuati rispetto alle risorse autorizzate	Valore economico (IVA compresa) degli investimenti con fondi correnti a bilancio consuntivo	Valore economico budget autorizzato per investimenti AV	100%
152	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	Cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE		≥ 100 cittadini per AV
153	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	% di referti laboratorio presenti nell'FSE	Numero referti laboratorio in FSE		≥ 100 referti per 3 AV
114.1	Effettuazione pagamenti elettronici attraverso il nodo dei pagamenti SPC	Attivazione del servizio di pagamento delle prestazioni sanitarie attraverso la piattaforma regionale Mpay	Valore assoluto pagamenti online	Totale pagamenti	Attivazione del servizio
156	Portale fascicolo sanitario	Numero di servizi online rilasciati	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prenotazioni online	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prenotazioni online	3
157	Dematerializzazione prescrizioni specialistiche	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N ricette dematerializzate	N ricette totali	>=90%
175	Dematerializzazione prescrizioni specialistiche	Numero di prescrizioni e numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prescrizioni, prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	totale delle prescrizioni specialistiche e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	100%
248	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Codifica unica catalogo Regionale RIS normalizzato	Numero identità 1-1 tra catalogo Regionale RIS normalizzato e catalogo RIS aziendale	Numero voci catalogo Regionale RIS normalizzato	100%
249	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Alimentazione FSE con referti prodotti da sistemi informativi clinici/specialistici	Numero nuovi sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2018 funzionalmente integrati con l'infrastruttura del FSE	Numero sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2018	100%
250	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda in relazione alle codifiche regionali	Numero anagrafiche non certificate in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	<5%
114.2	Percorso attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1576/2016	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1576/2016 secondo i termini previsti		Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma

I. RISORSE UMANE

Nr	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Unità Valore anno 2018
253	Piano assunzioni	Attuazione piano assunzioni	Documentazione inviata alla P.F. Risorse Umane attestante l'avvenuta attuazione del piano assunzioni entro la data stabilita		Documentazione inviata entro il 31/01/2019
254	Garantire il rispetto del turnover	% Turnover	N° Assunzioni	N° Cessazioni	≥ 100%
255	Riduzione precariato	Rapporto tra unità equivalenti a tempo determinato ed unità equivalenti a tempo indeterminato	Unità equivalenti a TD	Unità equivalenti a TI	Val 2017