



*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.



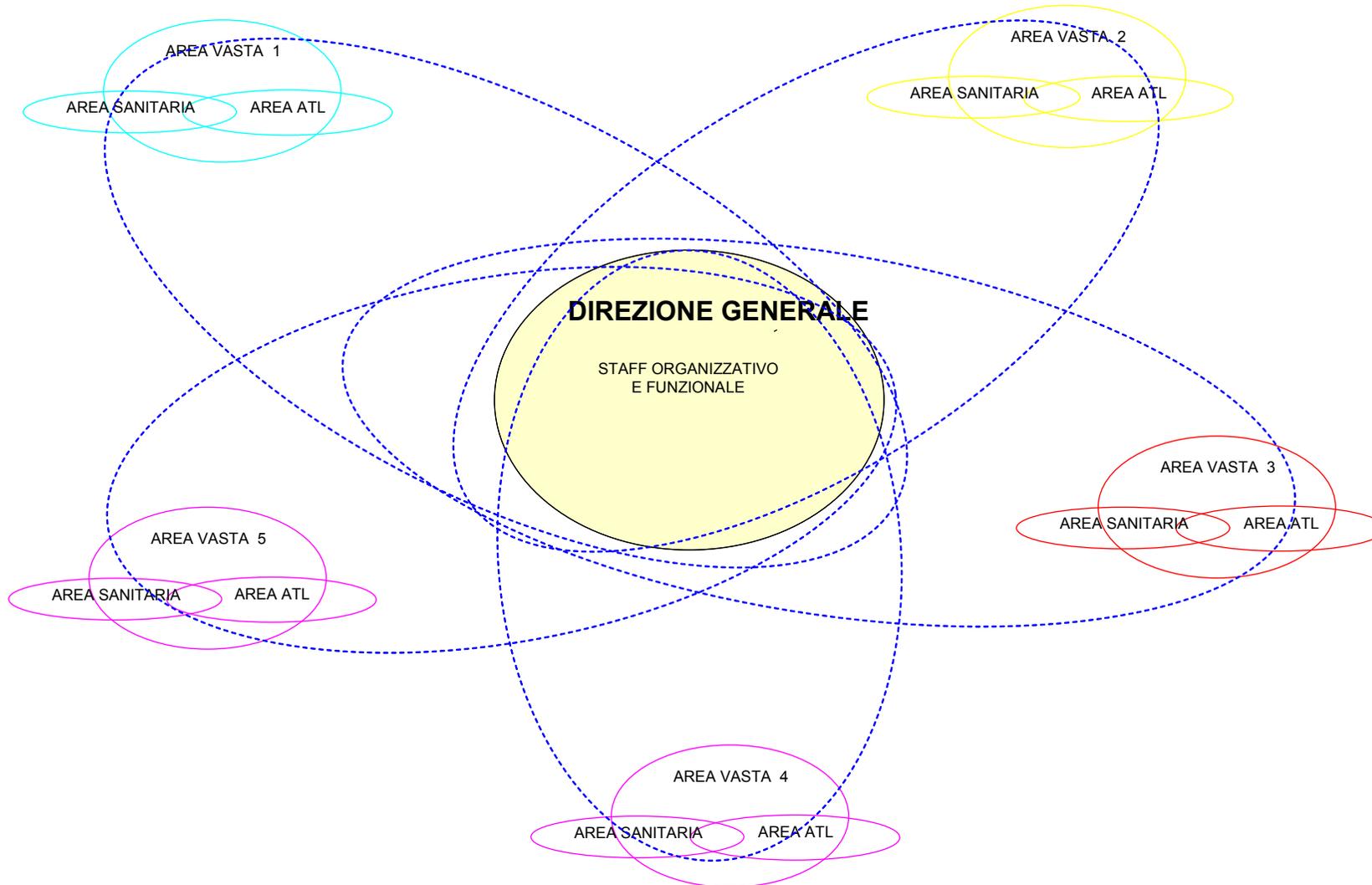
In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di **garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche**. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di **rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari 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 Km<sup>2</sup> (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2017 è pari a 1.538.055<sup>1</sup> distribuita in 236 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 165 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

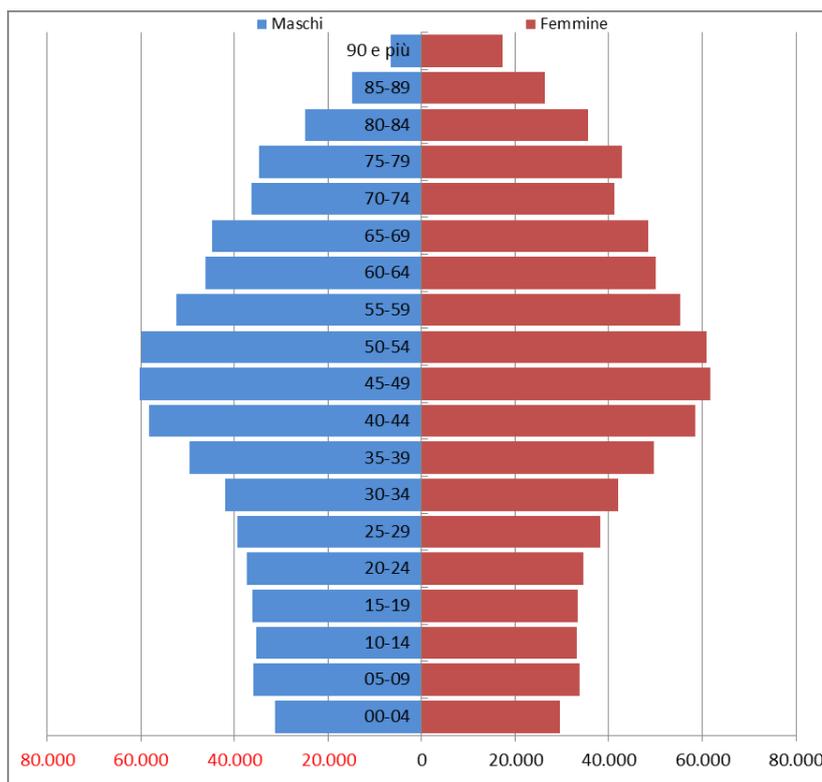
AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2017	CLASSI DI ETÀ <sup>1</sup>						
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
AV1 PESARO	360.711	2.695	11.934	33.666	122.203	104.890	40.126	45.197
AV2 ANCONA	486.921	3.518	15.793	44.605	163.155	140.528	54.481	64.841
AV3 MACERATA	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
<b>TOTALE</b>	<b>1.538.055</b>	<b>11.343</b>	<b>49.673</b>	<b>138.273</b>	<b>518.434</b>	<b>446.479</b>	<b>170.604</b>	<b>203.249</b>

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%).

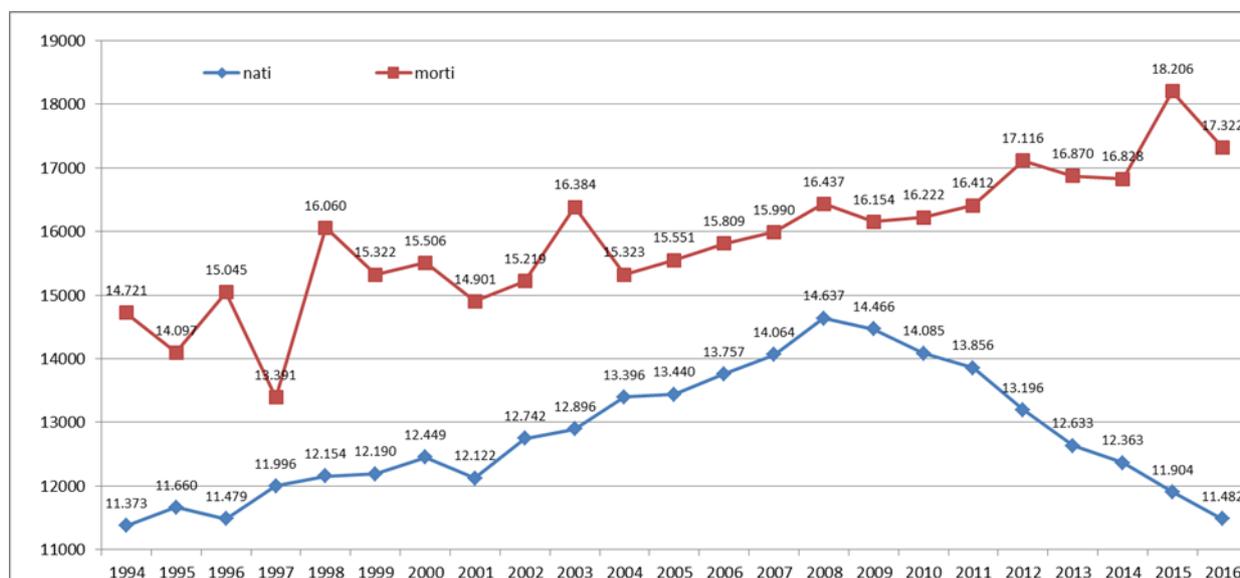
Nel 2017, come avviene ormai da oltre un ventennio, il saldo naturale dei primi otto mesi dell'anno è risultato negativo, pari a -5770 unità, in proiezione annua si evidenzia di nuovo in aumento rispetto al 2016 che registrava un saldo negativo pari a - 6.302 unità.

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.

<sup>1</sup> 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 sforamento.

❖ 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 spese per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziate da fondi privati, comunitari, statali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diverse dalla Regione Marche. (DGRM 977/2014 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.

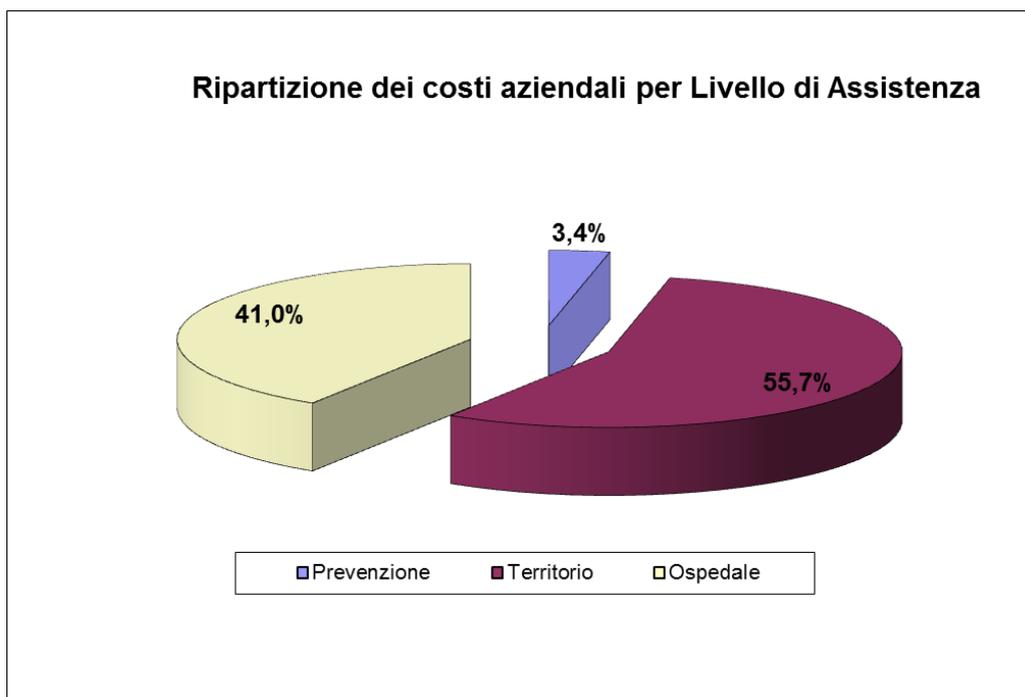
Le risorse a disposizione dell'Azienda (pari a complessivi 2.705 milioni di euro nel 2016) derivano per il 93,5% da contributi regionali ed in via residuale da entrate proprie e ricavi da prestazioni.

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).

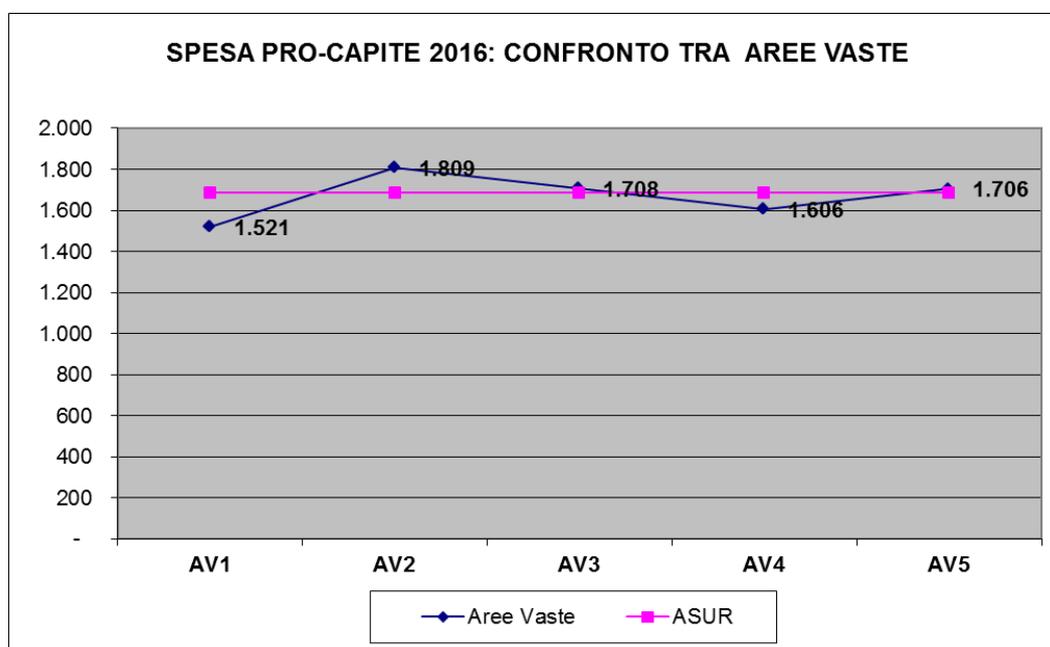
Si veda il Bilancio aziendale 2016 riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente.

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

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).



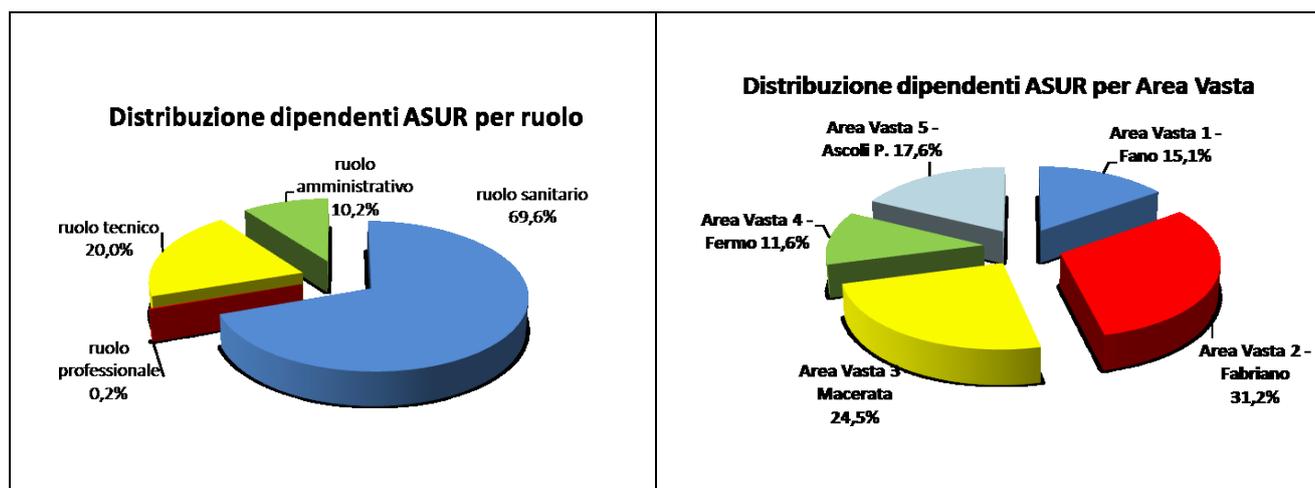
In termini di costo procapite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo procapite pari 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 31/12/2016<sup>2</sup>, 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
		<b>13.990</b>	<b>2.116</b>	<b>4.370</b>	<b>3.422</b>	<b>1.620</b>	<b>2.462</b>



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 assistiti<sup>3</sup>.

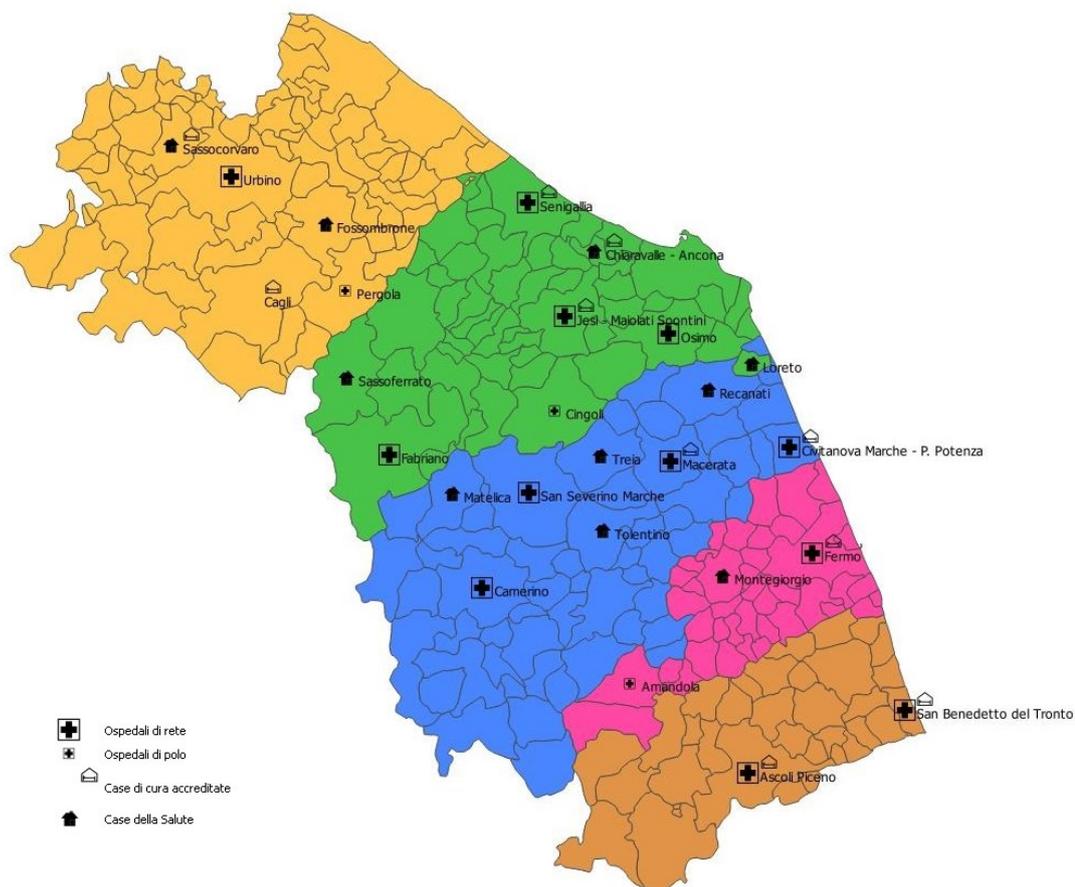
## 3 - La struttura dell'offerta

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.

<sup>2</sup> Fonte: dato Consuntivo 2016.

<sup>3</sup> Fonte: Modello FLS 12 Anno 2016.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 26 stabilimenti raggruppati, in 12 stabilimenti maggiori (nominati ex ospedali di rete) e 3 stabilimenti minori (nominati ex ospedali di Polo) e 11 Ospedali di Comunità/Case della Salute (ex ospedali di Polo). A questi si aggiungono 7 Case di Cura Private accreditate, come da mappe e prospetti seguenti.



## 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.PROFIL' - FABRIANO
			06	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA
			02	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA
			03	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO
			04	OSPEDALE B.EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	OSPEDALE DI FERMO
			02	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	MADONNA DEL SOCCORSO - S.BENEDETTO
			02	OSP. GEN. 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.

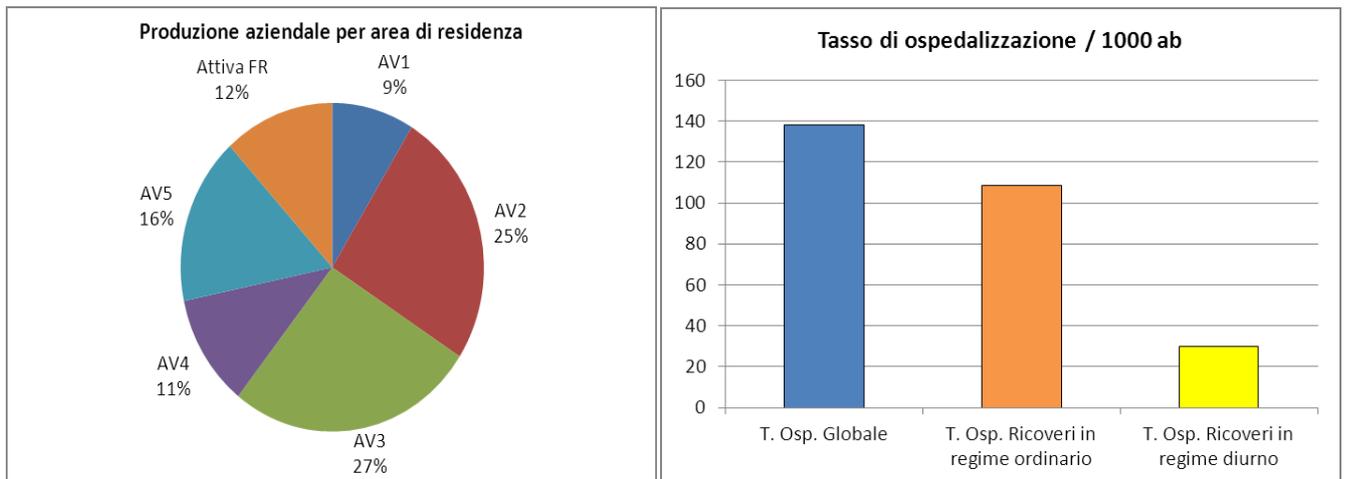
L'Azienda opera mediante 308 strutture territoriali a gestione diretta e 327 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11 anno 2017).

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

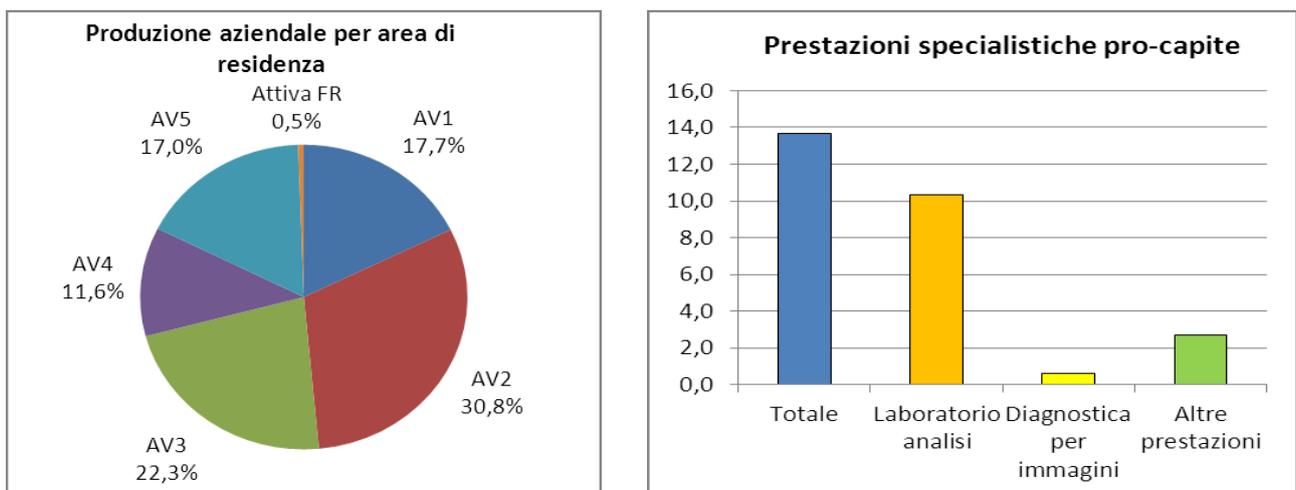


#### 4 - I servizi sanitari erogati

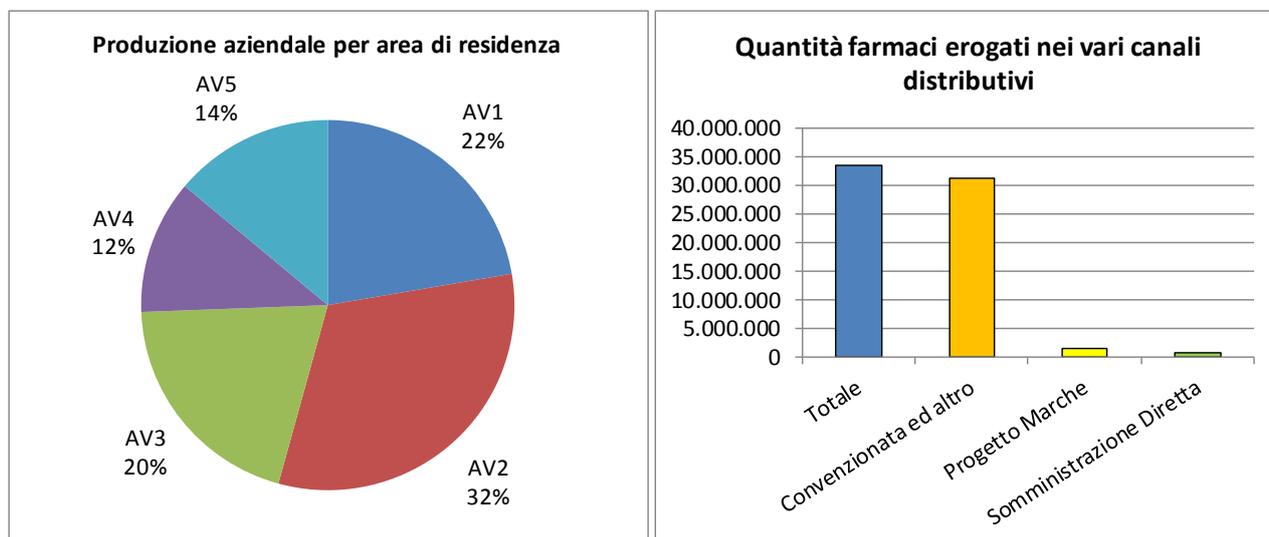
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2016 ha erogato complessivamente 143.302 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), 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%).



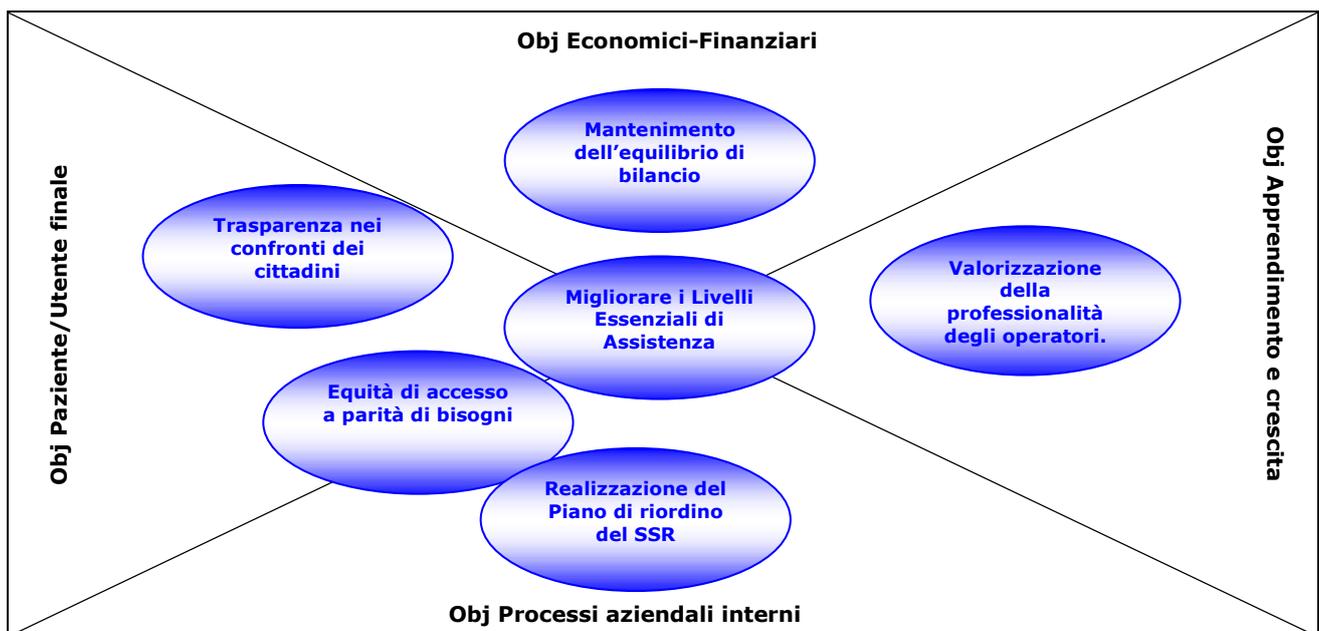
## D) Il Piano delle Performance 2018-2020

### 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 regionale<sup>4</sup>, 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**

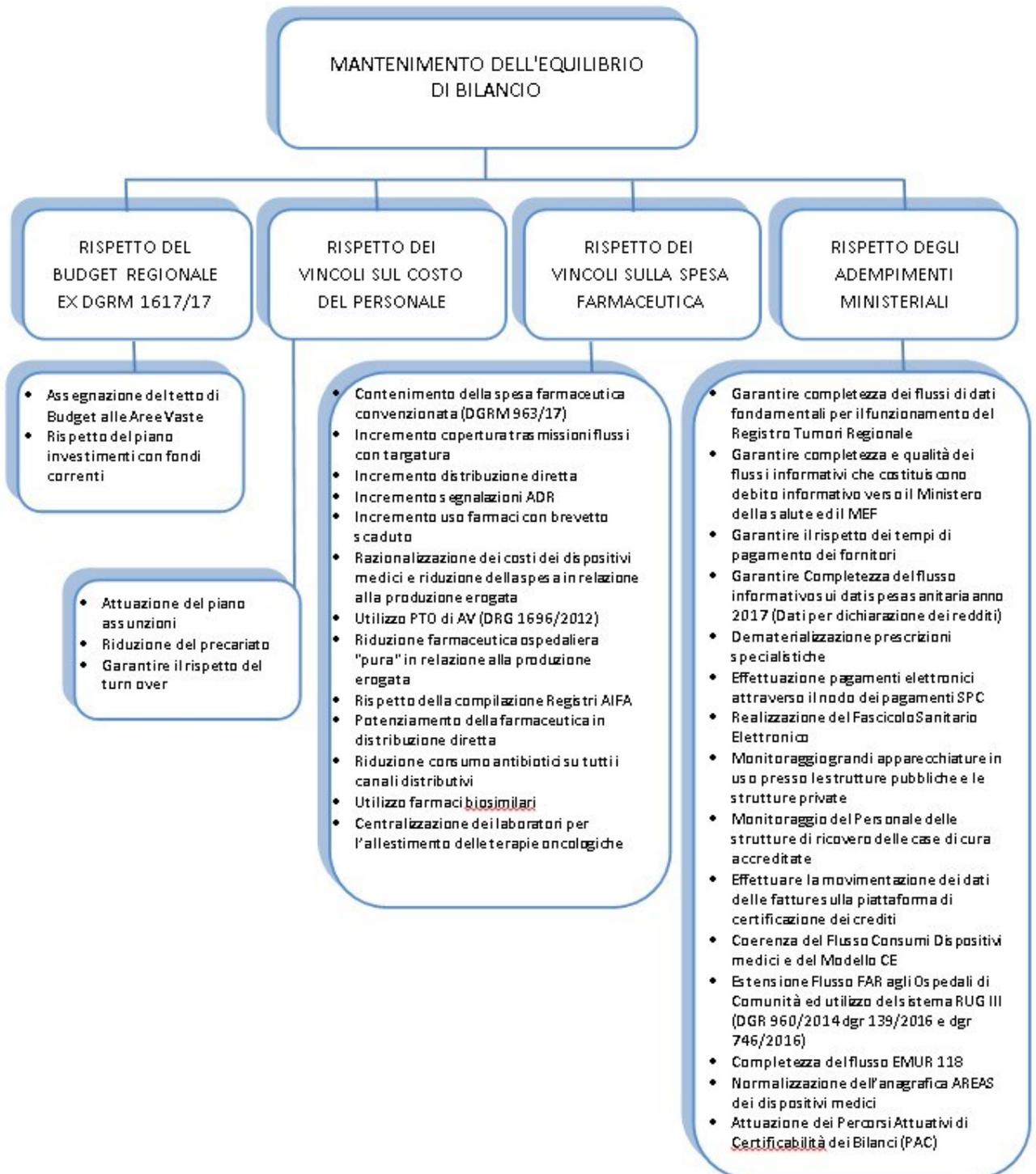
La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASUR, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia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

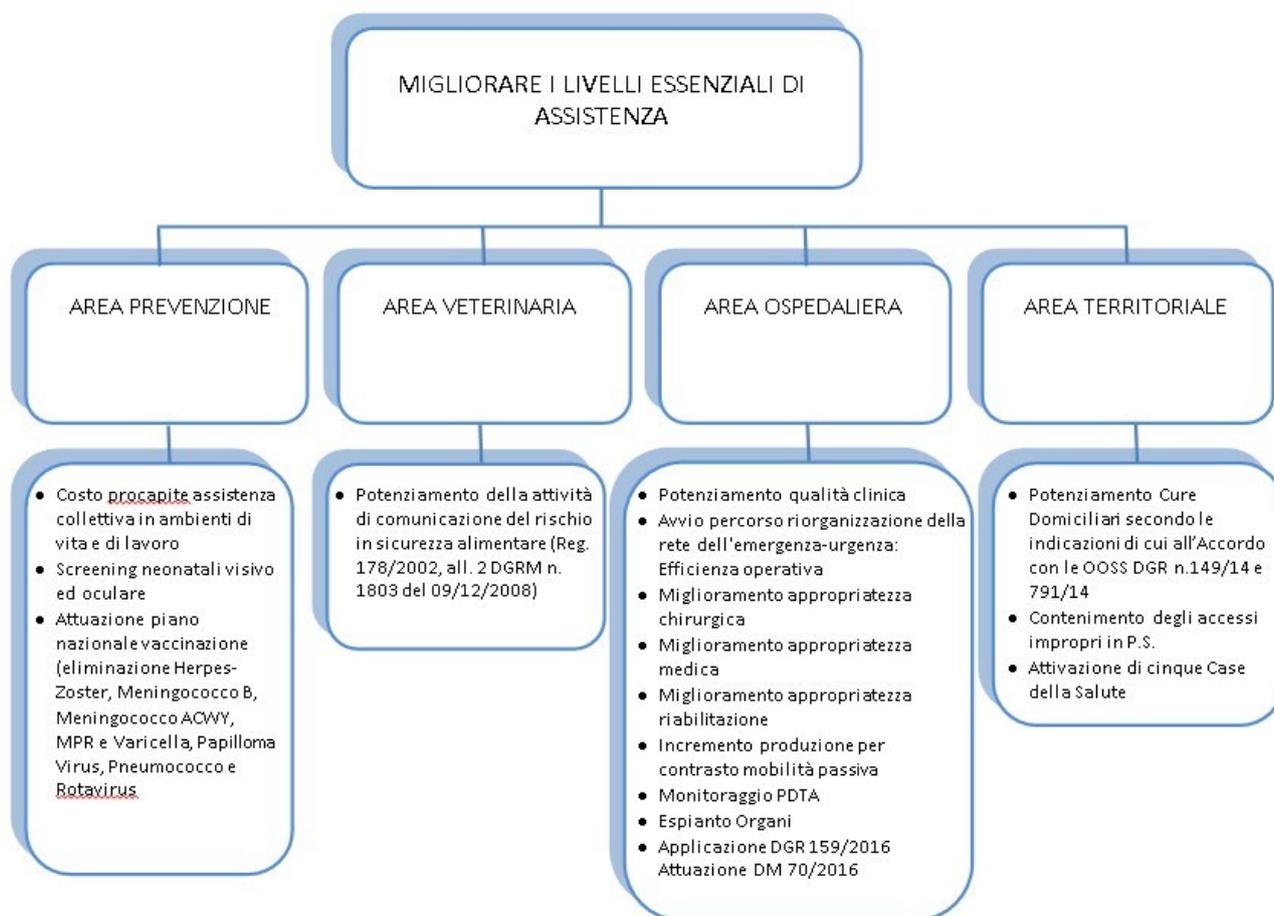
## **2 – L'albero della Performance**

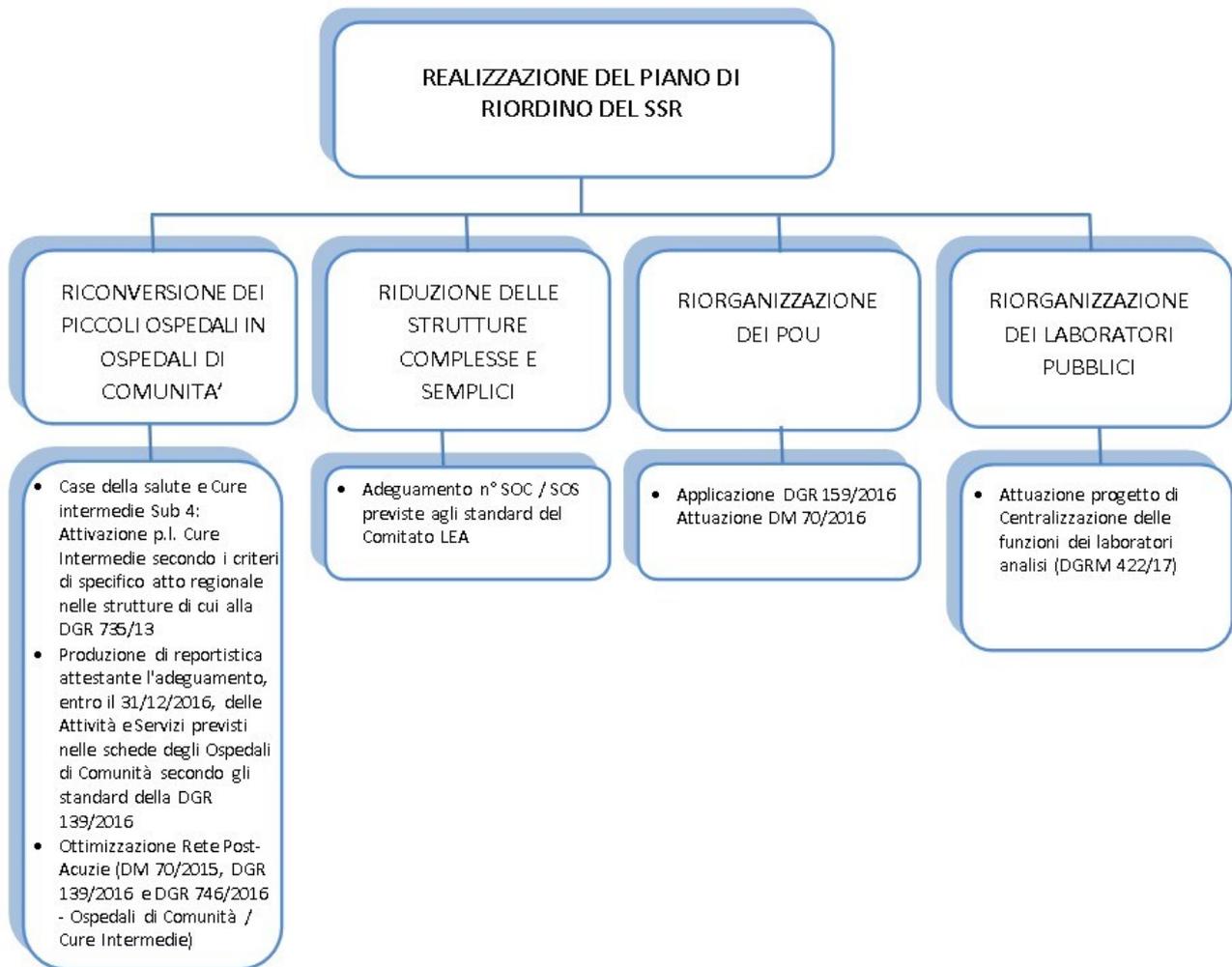
Il collegamento tra la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici è rappresentato nell'albero della performance seguente, che costituisce il collante con gli obiettivi operativi definiti per il 2018.

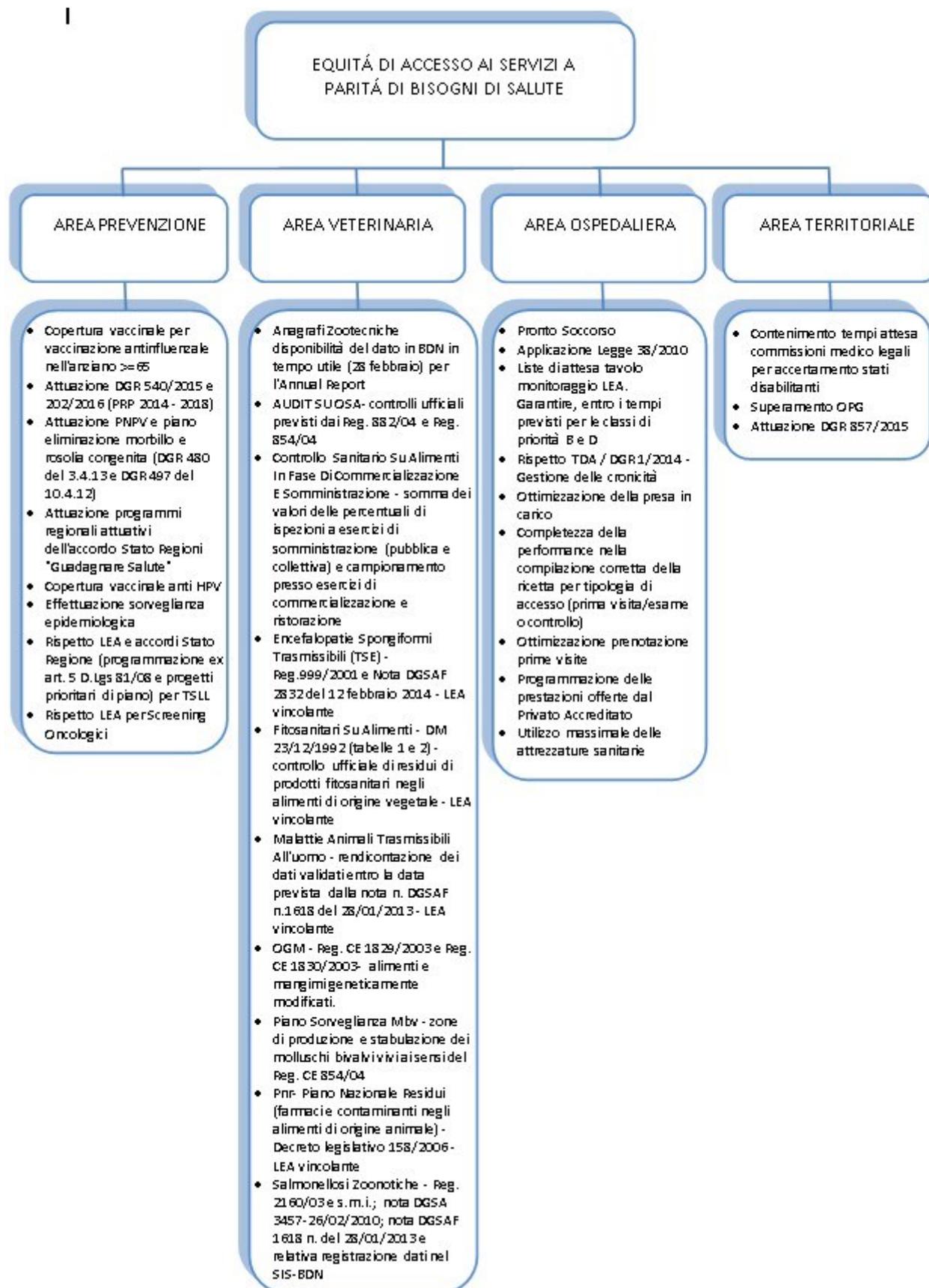
---

<sup>4</sup> 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.

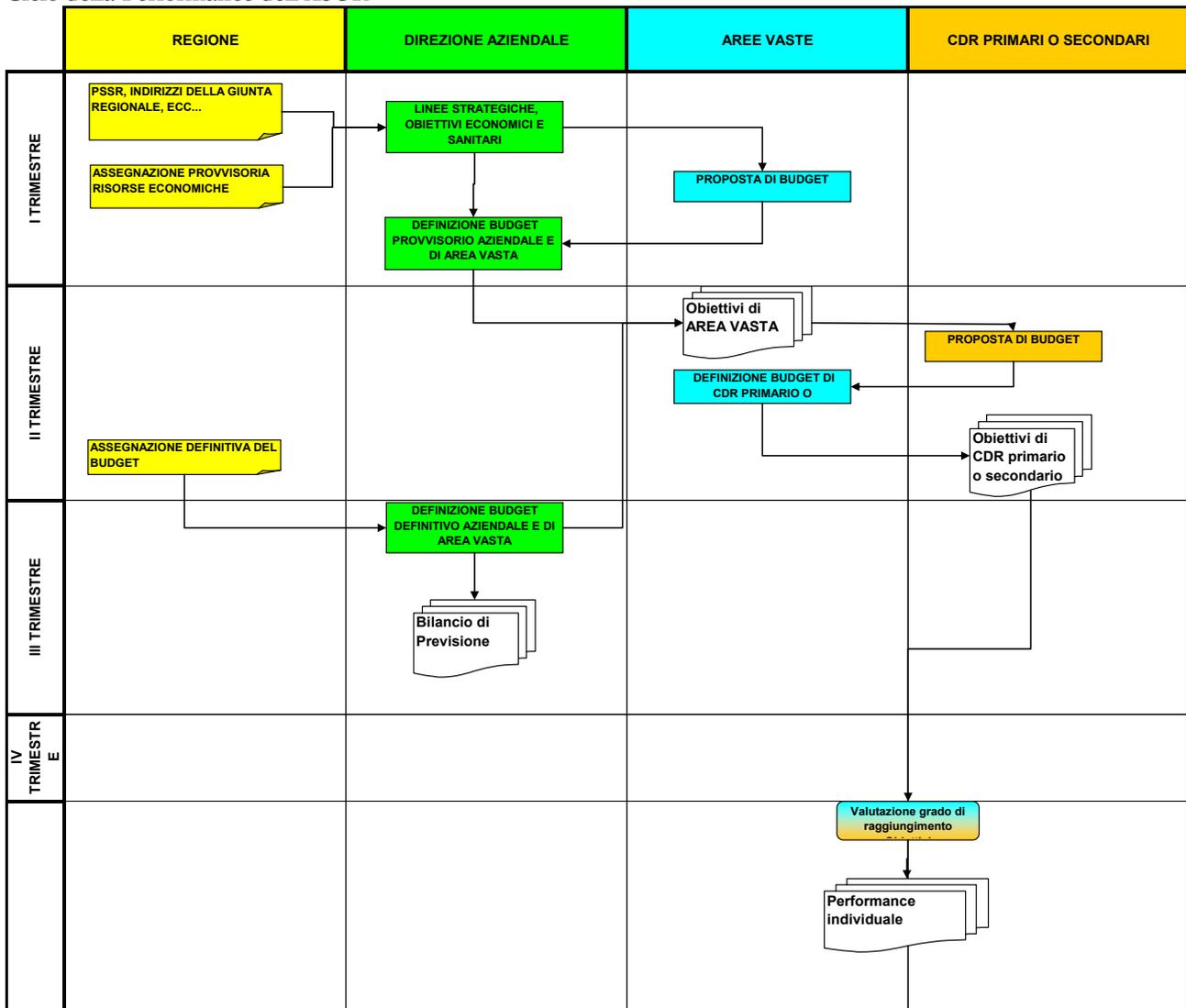
## E) Il ciclo della performance

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:

<b>Giudizio</b>	<b>Valutazione</b>
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 con le argomentazioni a sostegno del punteggio richiesto.

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.