



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019



# INDICE

Presentazione della Relazione sulla Performance	3
1) Sintesi dei principali risultati raggiunti	
1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale	
2- Principali risultati raggiunti	
Prevenzione e Sanità Pubblica	
Assistenza ospedaliera e reti cliniche	7
L'assistenza territoriale	
Anticorruzione e Trasparenza	12
Bilancio di Genere	
2) Analisi del contesto esterno e delle risorse	15
1 -Analisi del contesto esterno	15
2- Le risorse economiche e finanziarie	16
3 - Le risorse professionali	19
4 - La struttura dell'offerta	20
5 - I servizi sanitari erogati	26
3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa	28
1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali)	28
2 – Performance organizzativa complessiva	29
4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali	30
5) Il processo di misurazione e valutazione	31
Allegato	34



### Presentazione della Relazione sulla Performance

Con Determina n. 241/DG del 29/04/2019, l'ASUR ha approvato il Piano delle Performance per il triennio 2019-2021. In esso sono evidenziati 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, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017 e art. 10, comma 8, D. Lgs. 33/2013); ciò nel convincimento che la misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Se con detto Piano delle Performance, l'ASUR ha dato avvio al Ciclo di Gestione della performance per l'anno 2019, con la Relazione sulla Performance l'Azienda si dovrebbe concludere tale ciclo illustrando ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2019 e adempiendo alle disposizioni contenute nell'art. 10, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 150 del 2009.

La relazione è stata predisposta recependo le indicazioni di cui alle linee guida del Dipartimento della funzione Pubblica n.3/2018. Tali linee guida sono redatte ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74/2017, che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

In coerenza con le finalità indicate dalle suddette le linee guida, la presente relazione persegue i seguenti obiettivi:

- di miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- disporre di uno strumento di accountabilty attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti e le relative cause rispetto agli obiettivi programmati.

Gli obiettivi analizzati nella presente Relazione corrispondono totalmente a quelli presentati nel Piano della performance relativo al 2019 approvato con determina n. 241/DG del 29/04/2019, adeguati agli indicatori e ai target delle delibere di Giunta relative agli obiettivi sanitari (DGRM n. 414 e n. 415 del 08/04/2019) e ai vincoli economici di cui alla DGRM n. 1779 del 27/12/2018 con la quale la Regione ha assegnato in via provvisoria le risorse gli enti del SSR per l'esercizio 2019. Successivamente, con DGRM n. 1658 del 23/12/2019 sono state assegnate agli Enti del SSR le risorse definitive per l'anno 2019.



# 1) Sintesi dei principali risultati raggiunti

#### 1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003 ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), mediante incorporazione delle precedenti 13 Zone Territoriali e riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche.

Sulla base delle modifiche introdotte con la Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011, l'ASUR è articolata in cinque Aree Vaste (AAVV), di seguito rappresentate (Fig.1), 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.

Fig. 1. Le Aree Vaste



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.

Per perseguire tali finalità strategiche, l'assetto organizzativo-funzionale aziendale si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale, ecc..).

In particolare, sono state definite le strutture organizzative di staff e di line con lo scopo di supportare il Direttore Sanitario e il Direttore dell'Integrazione Socio-Sanitaria nello svolgimento delle funzioni di collegamento tra livello strategico e livello operativo.

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

Per quanto riguarda l'Area Amministrativo-Tecnico-Logistica (ATL), l'organizzazione è stata regolamentata con Determina ASUR n. 238/DG del 14/04/2017, così come modificata con Determina ASUR 264/DG del 05/05/2017.



L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) si estende su un territorio di 9.401,4 Kmq (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2019 è pari a 1.525.2711 distribuita in 228 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 162 abitanti per Kmq.

La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

*Tab.* 1.

	TOTALE POPOLAZIONE	CLASSI DI ETA'							
AREE VASTE	ALL' 1/01/2018	NEONATI	1-4 anni	F 14 anni	15-44 anni	15-44 anni	AE 64 anni	65-74 anni	>=75 anni
	ALL 1/01/2018	NEONATI	1-4 anni	4 anni 5-14 anni Maschi Femmine 45-64 ann		45-04 anni	05-74 anni	>=/5 anni	
AV1 PESARO	360.125	2.548	11.597	33.407	61.121	59.415	106.244	40.549	45.244
AV2 ANCONA	485.200	3.304	15.203	44.316	81.613	78.829	141.976	55.144	64.815
AV3 MACERATA	303.713	2.228	9.745	27.204	51.793	50.336	87.564	33.997	40.846
AV4 FERMO	174.338	1.190	5.384	15.055	29.513	28.666	51.478	19.452	23.600
AV5 ACOLI PICENO	208.377	1.360	6.273	17.511	35.160	33.786	62.423	23.798	28.066
TOTALE	1.531.753	10.630	48.202	137.493	259.200	251.032	449.685	172.940	202.571

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

Tale incidenza si conferma in aumento rispetto all'anno precedente, passando da un rapporto del 24,5% del 2018 al 24,8% del 2019.

-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Fonte: ISTAT



#### 2- Principali risultati raggiunti

Con DGRM 415/2019, la Giunta Regionale ha individuato gli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2019 mentre con DGRM 414/2019, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, rispetto agli obiettivi annuali assegnati con DGRM 415/2019. Con Determina n. 359/DG del 2/7/2019, così come successivamente modificata dalla determina n. 380/DG del 18/7/2019, la Direzione ASUR ha assegnato alle articolazioni aziendali l'elenco degli obiettivi, indicatori e target da perseguire per l'anno 2019, in applicazione di quanto contenuto Piano della Performance 2019/2021 (Det. n. 241 del 29/04/2019), nonché degli obiettivi regionali assegnati all'Azienda con DGRM 415 e 414 citate.

#### Prevenzione e Sanità Pubblica

I Dipartimenti di Prevenzione costituiscono lo strumento di integrazione tra i diversi Servizi di prevenzione, per l'esercizio coordinato e continuativo delle molteplici attività e prestazioni volte alla tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Per quanto riguarda le **coperture vaccinali**, nel corso del 2019 sono proseguite attività di capillare e continua formazione del personale dei Servizi vaccinali e degli altri operatori sanitari coinvolti nel percorso di supporto alle attività vaccinali, diffondendo la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole della popolazione generale e promuovendo un'adeguata opera educativo/informativa in merito ai benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva.

Ciò ha consentito di raggiungere gli obiettivi vincolanti di copertura vaccinale sono stati raggiunti relativamente a:

- 1. Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib
- 2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)

Per quanto riguarda la campagna vaccinale antinfluenzale ha fatto emergere un uptake vaccinale negli ultrasessantacinquenni ancora inferiore all'obiettivo nazionale del 75%. Il mancato raggiungimento del target nazionale è una costante annuale e riguarda tutte le regioni italiane che nel 2018 ha raggiunto una media di di 53,1% del 2018. Per l'ASUR i dati sugli over-65 documentano il lavoro svolto con un trend in crescita (campagna 2016/2017: 50,0%; campagna 2017/2018: 51,6%; campagna 2018/2019: 52%). Nella stagione 2019-2020 il dato di copertura negli anziani ultra65enni si è attestato al 56,9%, con un incremento rispetto all'anno precedente (+4,9%).

Relativamente **agli screening oncologici,** il programma prevede il miglioramento dell'attività di screening oncologici in quanto permette di identificare le neoplasie in fase precoce oppure in stato pre-tumorale. L'individuazione della malattia in fase precoce ha il vantaggio, nella maggioranza dei casi, di permettere di intervenire rapidamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità e/o i disturbi legati alla malattia, o gli effetti dannosi dei trattamenti somministrati in una fase di malattia.

Grazie al continuo lavoro d' informativa e di inviti alla popolazione target, gli obiettivi relativi allo screening per il cancro alla mammella e per il cancro della cervice uterina, gli obiettivi risultano raggiunti.

Per quanto riguarda l'obiettivo dello screening oncologico del colon retto si evidenzia nel 2019 una percentuale di adesione pari al 37% che raggiunge l'obiettivo assegnato dalla Regione considerato la tolleranza del 5% sul target. Nel 2019 infatti sono state messe in atto azioni volte ad aumentare in modo significativo il tasso di risposta rispetto all'anno precedente, incrementando il grado di fiducia della popolazione verso i servizi sanitari. Il Rapporto MeS 2018 riconosce infatti quanto segue: "Per quanto riguarda gli screening oncologici, si conferma una capillare attività di invito, non ancora seguita da un altrettanto ottimale adesione dell'utenza (ad esempio, per lo screening colorettale)".

Per quanto riguarda l'obiettivo di sicurezza negli ambienti di vita e lavoro, lo specifico programma n. 6 del vigente Piano Regionale della Prevenzione stabilisce molte linee di intervento atte al miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate, contribuendo contemporaneamente al raggiungimento dell'indicatore LEA del controllo del 5% delle aziende del territorio. Tale obiettivo è stato raggiunto nel 2019.



Allo stesso modo nel 2019 sono stati raggiunti gli obiettivi attesi nell'ambito della promozione della salute (attuazione dei programmi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare salute" che include la sorveglianza PASSI, che opera attraverso la rilevazione sistematica delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento per la modifica da parte dei cittadini dei comportamenti a rischio), quello relativo al costo pro-capite per l'assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro, che misura la capacità di impiego di risorse da parte dell'ASUR nelle attività di prevenzione, in misura maggiore rispetto a quello dell'anno precedente.

Relativamente all'Area della Sanità Pubblica Veterinaria, le attività erogate sono finalizzate alla tutela della salute pubblica attraverso un capillare lavoro di salvaguardia del patrimonio zootecnico e della salute degli animali con misure di prevenzione, controllo ed eradicazione delle malattie che possono interessarli, sono state espletate nel rispetto dei programmi di sorveglianza delle malattie degli animali da reddito, che hanno importanti ricadute sulla salute dell'uomo (zoonosi), sull'alimentazione umana, sulla qualità e salubrità dei prodotti di origine animale come definiti da normativa specifica per le seguenti malattie infettive diffusibili: tubercolosi bovina, brucellosi, leucosi bovina enzootica, bluetongue, BSE-TSE, scrapie, malattia vescicolare del suino, malattia di Aujezsky, pesti suine, anemia infettiva equidi, arterite equina, salmonellosi, influenza aviare, rabbia, leishmaniosi.

Particolare attenzione è stata rivolta alla recrudescenza di tubercolosi bovina che continua a far registrare focolai negli allevamenti bovini dell'area montana dell'alto maceratese. Dalle valutazioni tecnico-scientifiche dell'Istituto Zooprofilattico Umbria e Marche, del Centro di Referenza Nazionale per la Tubercolosi bovina, emerge che il problema della tubercolosi è correlato alle popolazioni di animali selvatici (cinghiali) con un ruolo di mantenimento della circolazione del micro-organismo nell'ambiente. Tutti gli obiettivi relativi ai controlli sugli allevamenti, ai controlli sulle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti, nonché quelli previsti dal Piano Nazionale Residui risultano raggiunti nel 2019.

#### Assistenza ospedaliera e reti cliniche

Nell'Area Medica, in particolare nel settore della cronicità, l'ASUR ha lavorato nel corso del 2019, attraverso tavolo di esperti, per omogeneizzare i percorsi su tutto il territorio regionale relativi a settori diversi: Nutrizione Artificiale (in particolare con l'obiettivo di potenziare la rete della nutrizione artificiale implementando il servizio nel rispetto della determina ASUR n. 719/2017, tema trattato anche nella sezione "Assistenza Territoriale" della presente relazione), Ferite Difficili (determina ASUR n. 559/2017), Attuazione del piano nazionale cronicità e ottimizzazione dell'assistenza domiciliare del paziente nefropatico ( determina ASUR n. 555/2018), percorso ospedale/territorio del paziente con SLA determina ASUR n. (707/2017), percorso terapeutico recentemente approvato con DGR n. 927 del 9/7/2019- Percorso Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale (PDTA) per la Sclerosi Multipla nella Regione Marche.

Per quanto attiene al miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza, si evidenzia il miglioramento dell'appropriatezza dei Day Hospital medici, raggiunta mediante la riduzione di quelli diagnostici sia rispetto al volume dell'anno precedente (-75,2%) sia rispetto al totale dei DH medici (peso del 6,4% che rispetta il target obiettivo del 22%). Permane alto il numero degli accessi medici rispetto all'obiettivo regionale, il quale prevedeva una riduzione del -13,5% rispetto all'anno 2018, ma la domanda crescente di accessi per chemioterapie non ha consentito di contenere entro tale limite la produzione 2019; in particolare, si tratta di accessi medici per trattamenti chemioterapici in soggetti anziani per i quali non si posso utilizzare setting assistenziali più bassi o di pazienti che accedono a strutture diverse dal proprio territorio di residenza e quindi necessitano di un maggior utilizzo del regime di Day Hospital.

Infine, per quanto riguarda gli ulteriori obiettivi di appropriatezza previsti dalla L. 208/15 a garanzia della qualità dell'offerta dei Presidi ospedalieri, si evidenzia per il 2019 un buon risultato in termini di mortalità a 30gg per ICTUS e BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva), entrambi sotto il target obiettivo ed in miglioramento rispetto al 2018.

Relativamente all'Area Chirurgica la Regione Marche ha individuato, quale obiettivo nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, in coerenza con gli indirizzi nazionali, la razionalizzazione della rete ospedaliera, promuovendo il progressivo passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e dal ricovero diurno all'assistenza nel setting ambulatoriale. L'introduzione di nuovi modelli organizzativi, alternativi al ricovero ospedaliero, ha contribuito a garantire elevati livelli qualitativi di assistenza, migliorando l'efficienza operativa degli ospedali.



In riferimento al miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza in ambito chirurgico, si riscontra l'andamento positivo dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario (attestandosi a 0,098% rispetto al target di 0,17%,) e in Day Surgery (attestandosi al 7,7% rispetto al target di 8,28%), nonché il maggior ricorso al regime di Day Surgery rispetto a quello ordinario (passando dal 57,37 del 2018 al 58,3 del 2019) ed il miglioramento della degenza media pre-operatoria passando dal 49,6% del 2018 al 48,6% del 2019.

Per quanto riguarda l'indicatore relativo a "pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario", si deve evidenziare il forte incremento registrato rispetto agli anni precedenti, con valori superiori al 60% in quasi tutti gli stabilimenti ospedalieri, ma che non consente di arrivare al target assegnato dalla regione e ministero dell'80% (peraltro non raggiunto da nessuna delle Regioni inserite nel rapporto MeS 2018).

Per quanto riguarda l' **Area Materno-Infantile** in conformità alle disposizioni contenute nel DM 70/2015 nel corso del 2019 sono stati centrati i principali indicatori di appropriatezza ed efficienza: le attività dei Dipartimenti Materno-infantile delle Aree Vaste sono volte al raggiungimento dei seguenti principali obiettivi strategici:

- l'integrazione di tutte le unità operative nonché coinvolta nella salvaguardia della salute delle donne in età fertile a dei soggetti in età pediatrica inclusa l'assistenza psichiatrica in età evolutiva;
- la riduzione della mortalità perinatale, miglioramento della funzionalità dei servizi di diagnosi prenatale a dei percorsi di nascita adeguati sotto il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico;
- la promozione della salute del neonato e la diagnosi precoce delle anomalie congenite a delle malattie genetiche e/o rare come chiave di volta per la prevenzione degli handicap;
- la promozione della salute della donna con interventi volti alla diagnosi tempestiva della patologia neoplastica (tumori del collo dell'utero e della mammella, per cui è documentata l'efficacia d'interventi di screening) e della osteoporosi in menopausa;
- l'umanizzazione dell'assistenza.

In particolare, in riferimento all'obiettivo vincolante relativo parti pre-termine si evidenzia che nel corso del 2019, quelli pre-termine gestiti in punti nascita senza Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) sono stati ridotti a 9 casi rispetto ai 17 casi del 2018; per i casi non trasferiti nelle strutture con UTIN oggetto specifico di audit di verifica e analisi, si è rilevato che nella maggior parte dei casi si è manifestata l'impossibilità clinica del trasferimento a causa del ricovero in urgenza.

Un ulteriore obiettivo vincolante che risulta raggiunto riguarda la percentuale dei parti % parti cesarei primari sul totale dei parti: nelle strutture con numero di parti maggiore di 1.000 l'indicatore è sceso dal 29,21% del 2018 al 27,9% nel 2019, mentre nelle strutture con numero di parti minori di 1.000 l'indicatore è sceso dal 27,9% del 2018 al 23% nel 2019.

Relativamente agli indicatori di complicanze dei parti cesarei i dati sono caratterizzati da valori assoluti estremamente bassi e pertanto soggetti ad una variabilità propria dei fenomeni a bassa frequenza; si rileva che dal PNE (piano Nazionale Esiti) non si evidenziano strutture con scostamenti significativi rispetto alla media nazionale; infine, la coincidenza del dato grezzo con il dato aggiustato indica un possibile miglioramento nella compilazione delle diagnosi complicanti nelle SDO, già affrontata con un percorso formativo sulla corretta codifica.

La Regione Marche definisce annualmente il Progetto regionale di sviluppo e potenziamento **attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti**, approvato per il 2019 con DGR n. 709 del 18/06/2019. Il progetto regionale si sviluppa in 4 sotto-progetti e l'ASUR è coinvolta nei seguenti:

- 1) Progetto per i Coordinatori al prelievo delle Marche,
- 2) Progetto di formazione ed informazione regionale sulla donazione di organi e tessuti,
- 3) Progetto di potenziamento attività di prelievo di organi, cornee e tessuti ossei.

Una delle eccellenze regionali in tale ambito, è rappresentata dalla Banca degli occhi della Regione Marche che è ubicata all'interno del presidio ospedaliero Profili di Fabriano.

Relativamente alla donazione organi e tessuti si è rilevata una riduzione dei donatori effettivi rispetto ai deceduti entro i 15gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta (7, 5% contro il 10,75 del 2018).



Il sistema di **Emergenza – Urgenza** in ambito sanitario, quale insieme delle funzioni di soccorso, trasporto e comunicazione, organizzate al fine di assicurare l'assistenza sanitaria al verificarsi di emergenze o urgenze, è stato istituito e disciplinato dalla Regione Marche con L.R. n.36 del 1998, in ottemperanza a quanto previsto dalle Linee Guida 1/1996 di cui all' "Atto di intesa tra stato regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27.03.1992", pubblicate sulla G.U. del 17/05/1996 n. 114. In applicazione a quanto disposto, al sistema d'emergenza sanitaria afferiscono diversi servizi collegati ed organizzati di strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere tra loro funzionalmente integrate ed uniformi su tutto il territorio.

Nello specifico, tale complesso organizzato è articolato in:

- sistema di allarme sanitario (CO118), che provvede ad ogni emergenza territoriale, compresi i servizi di pronto intervento garantiti dai dipartimenti di prevenzione attivati nel territorio di competenza ed i collegamenti funzionali con gli uffici periferici del Ministero della sanità al fine di far fronte alle emergenze sanitarie di frontiera, il trasporto urgente di sangue e le operazioni connesse all'attività relativa ai trapianti e prelievi di organo;
- **sistema territoriale di soccorso**, che svolge le attività extra-ospedaliere finalizzate all'accettazione e al trattamento delle emergenze e delle urgenze sanitarie;
- sistema ospedaliero di emergenza volto a garantire idonea assistenza ospedaliera alle emergenze sanitarie. Il sistema si articola in: punti di primo intervento (PPI); pronto soccorso ospedaliero (PS); Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) di primo livello; Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (DEA) di secondo livello.

Relativamente agli obiettivi assegnati sul Pronto Soccorso, l'Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)" risulta raggiunto (l'indicatore risulta al di sotto dei 17,5 minuti), così come quelli relativi al monitoraggio dei codici bianchi e verdi degli accessi al Pronto soccorso di adulti e minori, nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Questi ultimi indicatori monitorano gli accessi al Pronto Soccorso potenzialmente inappropriati, in quanto avvenuti nei giorni feriali.

#### L'assistenza territoriale

Il cambiamento del quadro epidemiologico, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e l'attuazione delle norme nazionali e regionali circa la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera stanno rendendo sempre più necessario lo sviluppo di modelli assistenziali caratterizzati da estensività socio-assistenziale e modularità della presa in carico.

Nel processo di trasformazione organizzativa, volto al potenziamento delle cure erogate a livello territoriale, il Distretto rappresenta l'articolazione organizzativa strategica per l'organizzazione dei servizi extraospedalieri. Esso infatti è la struttura organizzativo-funzionale di accesso ai servizi sanitari e socio- sanitari previsti per l'Assistenza Distrettuale nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in un quadro di continuità dell'assistenza.

Per questo il Distretto opera a garanzia della presa in carico globale e continuativa del paziente, programmandone il passaggio tra i diversi setting assistenziali in un'ottica di integrazione e di continuità delle cure.

Nell'ambito dei consumi e produzione di prestazioni ambulatoriali e specialistiche per la popolazione residente, nella tabella seguente, si evidenzia sinteticamente il consumo di prestazioni specialistiche (spesa lorda) avvenuto nel 2019 da cittadini residenti della Regione Marche, sia in termini assoluti sia di spesa ogni 1000 abitanti pesati; tale consumo viene confrontato con quello dell'esercizio precedente, mostrando un evidente ampliamento della domanda/offerta.



Tab. 2.

	2018*	2019*	Scostamento v.a. 2019/2018	Scostamento % 2019/2018
Spesa Lorda	381.787.588	394.800.682	13.013.094	3,4%
S.Lorda/1000 ab.pesati	249.249	258.840	9.591	3,8%

<sup>\*</sup>con mobilità passiva 2018

In particolare, la spesa lorda per 1.000 abitanti pesati è pari a euro 258.840, la variazione rispetto al 2018 è pari al 3,8%.

Negli ultimi anni, la conversione di attività dal ricovero ospedaliero all'assistenza specialistica ambulatoriale ha sempre più comportato un trasferimento progressivo di risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate agli utenti non ricoverati e, all'interno delle strutture di produzione, verso le attività ambulatoriali generando, nel delta dei costi cessanti tra i ricoveri ed emergenti tra le prestazioni ambulatoriali, un effetto economico positivo.

L'indicatore relativo alla specialistica di potenziamento delle prestazioni ambulatoriali di risonanza magnetica per residenti risulta raggiunto nel 2019, essendo state prodotte 361.367 prestazioni, con un valore atteso di un numero di prestazioni maggiori di 57.146.

L'assistenza domiciliare, in adempimento della DGR 791/2014 avente per oggetto "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari", s'inseriscono in un contesto di aumento della complessità assistenziale dei cittadini da prendere in carico nel setting territoriale e nel panorama della nuova riorganizzazione ospedaliera che implica un profondo mutamento e potenziamento della capacità di presa in carico. Nel corso dell'anno 2019 si è svolto un Gruppo di Miglioramento aziendale finalizzato al raggiungimento del seguente obiettivo generale: rendere uniformi le valutazioni e la modalità di presa in carico dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate nei Distretti dell'ASUR Marche e dei seguenti obiettivi specifici: classificare in modo omogeneo tra i Distretti le prese in carico in Cure Domiciliari e utilizzare in maniera uniforme gli strumenti di valutazione multidimensionale. Gli obiettivi assegnati dalla Regione per il potenziamento dell'assistenza domiciliare risultarono raggiunti, per i livelli di complessità bassa e medio-alta, ad eccezione dell'obiettivo assegnato del 2x1000 assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura alta (CIA 3). Il risultato raggiunto risulta tuttavia in forte miglioramento considerato che nel 2019 sono stati incrementati gli assistiti trattati del 50,10% raggiungendo la quota di 776 assistiti, rispetto ai 517 assistiti del 2018.

La centralità delle **cure palliative** è stata ribadita a livello nazionale e regionale nella definizione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Con DGR n. 909 del 27/07/2019 "Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019, individuati nell'Accordo del 6 giugno 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 91/CSR)". Il progetto approvato dalla citata delibera ha previsto per l'anno 2019:

- Ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e di supporto integrati, anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali;
- o Implementare l'attuale sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (Hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione in rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva;
- o Integrare la rete per le cure palliative con la rete della terapia del dolore;
- o Predisporre programmi formativi "ad hoc";
- o Implementare il flusso SIA.

Nel corso del 2019 è stato realizzato il nuovo Hospice di San Benedetto, con un potenziamento della Rete delle cure palliative della Regione Marche; il target obiettivo regionale non è stato perseguito, in quanto gli indicatori previsti dalla DGRM 414-415/2019 rapportano l'offerta ai dati di mortalità ISTAT che non essendo aggiornati, evidenziano valori più alti degli attuali.



Il governo della **spesa farmaceutica** consiste nell'insieme di azioni finalizzate ad adeguare la spesa sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione di medicinali al livello di risorse finanziarie disponibili (o programmate). Ciò costituisce uno degli obiettivi dell'AIFA che è chiamata a garantire l'equilibrio economico di sistema con il rispetto dei tetti di spesa.

I risultati delle azioni implementate sulla spesa farmaceutica convenzionata sono evidenti dal fatto che nel 2019 l'ASUR ha garantito il rispetto del tetto di spesa del 7,96%, realizzando un economia di 24.537.773 euro (-7,12%) in conformità con l'obiettivo di cui all'art. 1 comma 398 e 399 della Legge n. 232/2016)

L'ASUR al fine di contenere e qualificare la spesa farmaceutica nei limiti programmati ha attuato le seguenti azioni che hanno consentito il contenimento della spesa e la garanzia di un servizio farmaceutico capillare nel territorio:

- la fornitura dei farmaci del PHT (prontuario ospedale-territorio) in distribuzione per conto (DPC) tramite le farmacie convenzionate;
- la fornitura diretta dei farmaci alla dimissione ospedaliera, necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- l'erogazione diretta, al fine di garantire la continuità assistenziale, dei farmaci agli assistiti nella fase di dimissione dal ricovero ospedaliero o in seguito a visita specialistica ambulatoriale;
- l'erogazione diretta di alcun classi di farmaci per terapie croniche ad alto costo ed alta complessità.

Il prospetto seguente mostra il totale della spesa farmaceutica convenzionata lorda, il valore pro-capite pesato e lo scostamento percentuale di ciascun Distretto rispetto dalla media ASUR. Nel 2019 la spesa pro-capite della convenzionata lorda rileva un valore aziendale medio pari ad 170,4 euro, valore medio in flessione rispetto al dato del 2018 di -2,8 euro pro-capite. Il distretto che rileva la spesa pro-capite più alta a livello aziendale è quello di Fabriano dove si registra una spesa pro-capite di 184,7 euro, che supera la media aziendale di ben 14,3 euro, corrispondenti al +8,4%, perciò nel 2019 il Distretto di Fabriano, si colloca, ancora una volta, al primo posto nella classifica dei distretti con la spesa pro-capite più alta a livello aziendale ed è seguito dal Distretto di Ancona che rileva un valore pro-capite di 183,3 euro. Si evidenzia che nonostante che i due distretti rilevano valori di spesa pro-capite che li collocano sopra la media Asur il valore consuntivo assoluto rileva una contrazione della spesa lorda rispetto a quella rilevato nel 2018, complessivamente di -244 mila euro per il distretto di Fabriano e di -687 mila euro per il Distretto di Ancona. Il distretto di Pesaro nel 2019 registra la più bassa spesa pro-capite per la farmaceutica convenzionata lorda, la quale si attesta a 150,5 euro pro-capite, con un costo più basso rispetto alla media aziendale di 19,9 euro, corrispondenti al -11,7%.

Tab. 3.

Distretto	Spesa convenzionata Lorda 2019	Spesa procapite convenzionata Lorda 2019	Scost. Media Regionale	Popolazione pesata
106 Distretto 6 Fabriano	8.600.409	184,7	8,4%	46.572
107 Distretto 7 Ancona	46.246.207	183,3	7,6%	252.352
110 Distretto 10 Camerino	8.714.150	181,4	6,5%	48.050
109 Distretto 9 Macerata	24.036.215	178,7	4,9%	134.531
102 Distretto 2 Urbino	14.406.427	172,9	1,5%	83.330
111 Distretto 11 Fermo	30.077.896	172,7	1,4%	174.113
108 Distretto 8 Civitanova Marche	20.381.973	171,1	0,4%	119.123
ASUR MARCHE	259.835.792	170,4	0,0	1.525.271
105 Distretto 5 Jesi	17.980.728	169,1	-0,7%	106.322
104 Distretto 4 Senigallia	13.251.638	166,4	-2,3%	79.658
103 Distretto 3 Fano	22.440.776	166,1	-2,5%	135.144
113 Distretto 13 Ascoli Piceno	17.824.162	165,4	-2,9%	107.784
112 Distretto 12 San Benedetto del T.	15.284.907	150,6	-11,6%	101.464
101 Distretto 1 Pesaro	20.590.306	150,5	-11,7%	136.827



#### Integrazione socio-sanitaria

Nel 2019 è stato predisposto il piano di convenzionamento con residenze protette per anziani, adottato con la determina n. 134/2019 in attuazione della DGRM 1115/2018 che ha comportato:

- Il trascinamento dei PL n. 386 pl di RPA (R3) attivati dal 06/08/2018.
- la riqualificazione di n. 186 PL con trasformazione da RPA in RPD (R3D) attivati dal 1/1/2019.

Nell'ambito dell'assistenza residenziale sono stati raggiunti gli obiettivi assegnati relativa all'assistenza degli anziani non autosufficienti, garantendo una percentuale di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale del 47,4%. Anche il dato relativo alle giornate di assistenza per attività semiresidenziale risulta in linea con gli obiettivi regionali.

Infine l'indicatore sulle dimissioni protette digitalizzate mediante il sistema informativo regionale, risulta raggiunto.

#### Liste di attesa

Nel 2019 è stato approvato il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) che ha individuato le nuove linee di intervento nel governo dei percorsi di accesso alla specialistica ambulatoriale e ai ricoveri programmati; in tale atto hanno trovato conferma alcune linee di azione già attivate nelle Marche in particolare in materia di gestione della presa in carico dell'utente da parte dello specialista.

Con Determina n. 628/DG del 18/11/2019 è stato adottato un aggiornamento del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 si basa metodologicamente sulle seguenti linee di azione:

- analisi della domanda per ambito territoriale distrettuale;
- programma di allineamento della offerta alla domanda nell'ambito territoriale del Distretto e limitrofi;
- analisi degli eccessi di domanda e implementazione di azioni per promuovere l'appropriatezza.

Gli obiettivi assegnati nel 2019 che risultano raggiunti sono riferiti ai seguenti ambiti:

- l'ottimizzazione offerta ambulatoriale (Applicazione DGR 808/2015); tali obiettivi costituiscono prerequisiti obbligatori per la valutazioni dei direttori Generali e prevedono la garanzia del rispetto dei tempi di Attesa per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA e la garanzia di disponibilità per determinate tipologie di prestazioni;
- l'omogeneizzazione della produttività in ambito aziendale;
- l'ottimizzazione offerta ambulatoriale dei primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio;

Per quanto riguarda gli obiettivi relativi all'operatività dei percorsi di presa in carico del paziente da parte del medico specialista e all'ottimizzazione/completamento delle agende dedicate al follow-up, i target attesi non sono stati raggiunti, ancorché in fase di miglioramento. In particolare, occorre evidenziare che si sono registrate delle problematiche dell'operatività della interconnessione tra il sistema informativo della radiologia con il CUP regionale, elemento determinate per lo sviluppo della presa in carico radiologica.

#### Anticorruzione e Trasparenza

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.

Gli obiettivi dell'Anticorruzione e Trasparenza, misurati attraverso il monitoraggio degli obblighi informativi di pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente", risultano raggiunti da parte di tutte le Aree Vaste.

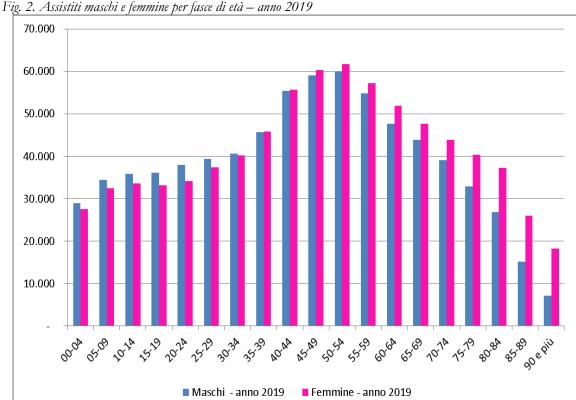


#### Bilancio di Genere

Il bilancio di genere ha come obiettivo quello di individuare ed attuare le politiche volte alla promozione delle pari opportunità tra i generi.

Di seguito, si propone la lettura delle pari opportunità mediante l'esposizione dei principali dati di genere gestiti dall'Azienda: il personale dipendente ed i servizi sanitari erogati.

In linea con i tassi di invecchiamento e sopravvivenza, la popolazione femminile assistita (totale popolazione femminile residente n. 784.344 rispetto al totale della popolazione maschile n. 740.927) è maggiore di quella maschile, in particolare per le fasce di età over 75 come rappresentato nel grafico seguente.



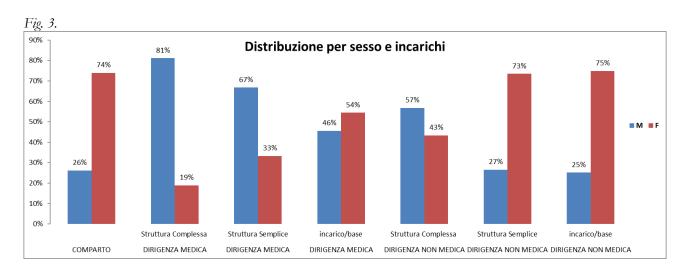
Relativamente all'occupazione, in Azienda prevalgono le dipendenti donne, in particolare nel settore del comparto che addirittura raggiungono la percentuale del 74,2%. Tuttavia, le dipendenti pur rappresentando il 70% del personale aziendale, solo 14% di esse è dirigente; diversamente, il 30% dei dipendenti di sesso maschile è dirigente (tab. 4).

*Tab 4.* 

CONTRATTO	Femmine	Maschi	Totale	Femmine/ totale
comparto	8.313	2.884	11.197	74,2%
dirigenza	1.375	1.223	2.598	52,9%
Totale	9.688	4.107	13.795	70,2%
Dirigenti sul totale	14,2%	29,8%	18,8%	

Di seguito si illustra la distribuzione per sesso/tipologia di incarico (fig. 3 e tabella 5) e per sesso/ruolo (fig. 6). Tale analisi evidenzia come gli incarichi di base siano affidati in misura percentuale maggiore alle donne (54% per la dirigenza media e 75% per quella non medica), mentre le strutture complesse ai dipendenti maschi (81% per la dirigenza media e 67% per quella non medica).



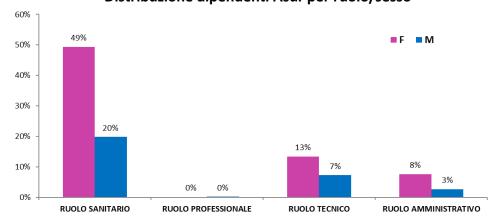


*Tab.* 5.

TIPO DIPENDENTE		М	F	Totale
COMPARTO		25,8%	74,2%	81,2%
DIRIGENZA MEDICA	Struttura Complessa	44,6%	55,4%	11,8%
	Struttura Semplice	76,1%	23,9%	1,4%
	incarico/base	64,5%	35,5%	2,5%
TOTALE Dirigenza medica	•	50,5%	49,5%	15,7%
DIRIGENZA NON MEDICA	Struttura Complessa	25,7%	74,3%	2,5%
	Struttura Semplice	57,4%	42,6%	0,4%
	incarico/base	25,6%	74,4%	0,3%
TOTALE Dirigenza non medica		30,1%	69,9%	3,2%
Totale complessivo		29,8%	70,2%	100,0%

Fig. 4.

Distribuzione dipendenti Asur per ruolo/sesso





# 2) Analisi del contesto esterno e delle risorse

#### 1 - Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2019-2021 è stata fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica.

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

Il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario registra pertanto nel 2019 un incremento dello 0,9% rispetto all'anno 2018 (pari a un miliardo di Euro)<sup>2</sup>.

In data 06/06/2019, sono state sancite le Intese di riparto relative al finanziamento del Fondo Sanitario indistinto, della quota premiale e degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2019.<sup>3</sup>.

L'Intensa n. 88/CSR ha definito, per la Regione Marche, un valore del Fondo sanitario indistinto pari a Euro 2.796.224.265 (ante mobilità e al netto delle entrate proprie) mentre l'Intesa n. 90/CSR prevede una quota premiale per la Regione Marche pari a Euro 3.009.533. Il totale del Fondo Sanitario Indistinto 2019 risulta pertanto pari a Euro 2.799.233.798.

A fronte di tale programmazione regionale, l'ASUR ha continuato il percorso riorganizzativo iniziato negli anni precedenti orientato ad armonizzare l'esigenza di garantire uniformi Livelli Essenziali di Assistenza -LEA, standard qualitativi delle cure adeguati e tendenti ad alte performance con la sostenibilità del SSN, alla luce delle manovre che si sono susseguite di revisione della spesa dal 2011 ad oggi e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dettati dal DM 70/15.

La strada intrapresa è stata quella di ridurre la frammentazione della rete ospedaliera esistente, riorganizzando le reti cliniche ospedaliere e riconvertendo le piccole strutture sanitarie in Ospedali di Comunità. La riorganizzazione ospedaliera ha coinvolto l'intero sistema delle cure, creando nuovi percorsi assistenziali di interfaccia fra la cronicità e l'acuzie, fra il territorio e l'ospedale, in grado di rappresentare, per il futuro, la base del buon governo della cura e della corretta gestione della spesa, in una Regione in cui la popolazione oltre ad essere fra le più longeve d'Italia (e del mondo), è dispersa nel territorio, a cui è fortemente legata, anche dopo l'evento sismico del 2016.

Il ricovero ospedaliero si inserisce in un ampio percorso assistenziale, governato dai servizi territoriali, quale risposta appropriata all'acuzie o al trattamento programmato obbligatoriamente ospedaliero.

I processi avviati negli anni precedenti e portati a termine sono stati:

- 1. la riorganizzazione delle cure intermedie (DGRM 960/2014; Determina ASUR 914/2015, DGRM 1183/2015; DGRM 139/16) con la riconversione dei posti letto dei Piccoli Ospedali e la differenziazione fra la Degenza Post Acuzie (DPA) ad esclusiva responsabilità organizzativa e gestionale ospedaliera e la "Lungodegenza Territoriale (LDT)" realizzata nella Casa della Salute (CDS) con posti letto di Cure Intermedie (CI);
- 2. la riorganizzazione delle Cure domiciliari (DGR 30 Giugno 2014 791 "Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione").
- 3. la riorganizzazione ospedaliera con il modello delle reti cliniche (DGR 1345/2013, 1219/2014, Determina ASUR 916/2015);
- 4. l'istituzione del Presidio Unico di Area Vasta (DGR 478/2013; 486/16 e determinazioni delle singole Aree Vaste);

\_

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Si veda la DGRM 1779/18.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Si veda la DGRM 1658/19.



5. riorganizzazione dei punti nascita in applicazione dell'Accordo Stato Regioni 2010 e successive Delibere Regionali (DGRM 1088/2011, DGRM 1404/2011) e la Determina ASUR 913/2015.

Per quanto riguarda gli obiettivi economici, su indicazione della direzione, i tetti di ciascuna Area Vasta sono stati determinati sulla base della compatibilità complessiva ASUR con l'assegnazione di budget ex DGRM 1779/18 e dell'applicazione dei criteri seguenti:

- 1. riduzione dei costi sostenuti per i pazienti disabili cronici provenienti fuori regione;
- 2. l'allineamento da parte di tutte le Aree Vaste agli obiettivi di spesa farmaceutica 2018 assegnati con Det. 460/18 ed il perseguimento di ulteriori risparmi sugli MMG che hanno registrato nel 2018 il maggior scostamento percentuale rispetto al benchmark;
- 3. assegnazione di un Budget pari al valore iscritto a Bilancio 2018 per quanto riguarda l'acquisto di prestazioni da privato accreditato per residenti marchigiani;
- 4. assegnazione di un Budget pari al valore della mobilità attiva dell'anno 2017 (preso a riferimento dalla Conferenza Stato regioni per il Riparto 2019) per quanto riguarda l'acquisto di prestazioni da privato accreditato per residenti non marchigiani;
- 5. la riduzione dei restanti fattori produttivi in misura pari al -2,26% del costo storico 2018.
- 6. allocazione di risorse differenti tra le Aree Vaste, a seguito dei nuovi percorsi di presa in carico supportati dalle Aziende Ospedaliere (Determina ASUR/DG n. 380 del 18/07/2019).

#### 2- Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda, che gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.800 milioni di Euro, evidenzia fin dal 2007 una situazione di equilibrio economico complessivo.

La tabella n. 6 sottostante scompone il risultato di bilancio dell'ultimo triennio in termini di costi e ricavi di esercizio, evidenziando il contributo delle varie gestioni (ordinaria, finanziaria, straordinaria e imposte e tasse) all'equilibrio aziendale.

*Tab.* 6.

		Bilancio d'esercizio 2019	Bilancio d'esercizio 2018	Bilancio d'esercizio 2017	Delta 2019- 2018	Delta %	Delta 2018- 2017	Delta %
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.916.363.933	2.862.505.033	2.795.229.450	53.858.900	1,9%	67.275.583	2,4%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.890.938.184	2.864.452.369	2.780.009.139	26.485.815	0,9%	84.443.230	3,0%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 154.309	- 86.927	- 139.671	- 67.381	77,5%	52.744	-37,8%
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-		0,0%	-	0,0%
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	25.353.500	52.150.281	35.697.877	- 26.796.781	-51,4%	16.452.404	46,1%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	50.624.941	50.116.019	50.778.517	508.923	1,0%	- 662.498	-1,3%
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	50.624.941	50.116.019	50.778.512	508.923	1,0%	- 662.493	-1,3%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	-	-	0	0,0%	-	0,0%

Il valore della produzione (A) mostra un trend in crescita nel triennio 2017-2019, registrando nel 2018 un aumento del 2,4% (pari a 67,3 milioni di euro) e nel 2019 del 1,9% (pari a 53,8 milioni di euro). Allo stesso modo, il costo della produzione (B) evidenzia un trend positivo nello stesso periodo, ma con una battuta d'arresto nell'esercizio 2019 rispetto alla percentuale di crescita registrata nel 2018: la variazione percentuale è infatti pari allo 0,9% (26,5 milioni di euro) contro quella del 3% dell'anno precedente (84,4 milioni di euro). La gestione straordinaria (E) evidenzia una riduzione significativa rispetto all'anno precedente; l'abbattimento, pari al 51,4% (-26,8 milioni di euro), porta il valore assoluto al di sotto di quello registrato nel 2017, pari a 35,7 milioni di euro.

Per un maggior dettaglio sulla composizione del Bilancio d'esercizio in termini di costi e ricavi si rinvia al prospetto seguente (tab. 7).



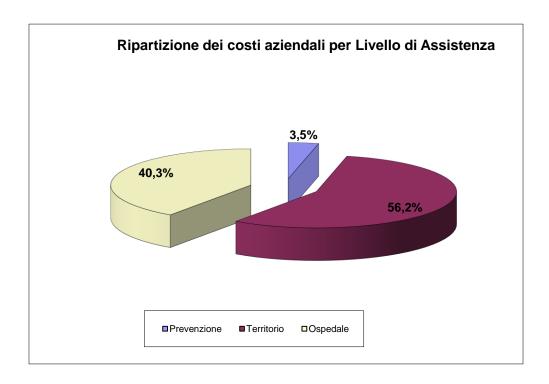
*Tab.* 7.

1 40. /.	B1	B1	- ·	
DESCRIZIONE		Bilancio d'esercizio	Delta anno	%
	2018 *	2019	precedente *	*
Totale valore della produzione (A)	2.862.505.033		53.858.900	2%
A.1) Contributi in c/esercizio	2.653.929.373	2.671.659.172	17.729.798	1%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad	-2.846.629	-10.162.890	-7.316.261	257%
investimenti A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e		10110_1000		
vincolati di esercizi precedenti	3.309.562	2.831.261	-478.301	-14%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza				
sanitaria	108.753.599	126.027.765	17.274.165	16%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	27.120.049	48.138.363	21.018.315	78%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	31.544.458	32.805.887	1,261,429	4%
(Ticket)	31.344.430	32.003.007	1.201.429	470
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	36.454.910	41.220.684	4.765.774	13%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni				
A.9) Altri ricavi e proventi	4.239.710	3.843.691	-396.020	-9%
Totale costi della produzione (B)	2.864.452.369	2.890.938.184	26.485.815	1%
B.1) Acquisti di beni	397.793.016	410.978.625	13.185.609	3%
B.2) Acquisti di servizi	1.645.463.298	1.652.060.398	6.597.100	0%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	24.613.901	24.033.394	-580.507	-2%
B.4) Godimento di beni di terzi	20.869.769	21.686.179	816.410	4%
Totale Costo del personale	698.233.465	701.469.739	3.236.274	0%
B.9) Oneri diversi di gestione	8.305.816	8.300.255	-5.561	0%
Totale Ammortamenti	41.832.585	42.278.358	445.773	1%
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	762.491	810.038	47.547	6%
B.13) Variazione delle rimanenze				
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	26,578,027	29.321.199	2.743.172	10%
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-86,927	-154.309	-67.381	78%
C.1) Interessi attivi	3.363	35.461	32.098	954%
C.2) Altri proventi	0.000	001-101	02.000	00170
C.3) Interessi passivi	90,290	189.769	99.479	110%
C.4) Altri oneri	00.200	1001100	00.470	11070
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)				
D.1) Rivalutazioni				
D.2) Svalutazioni				
Totale proventi e oneri straordinari (E)	52.150.281	25.353.500	-26.796.781	-51%
E.1) Proventi straordinari	58.849.829	34.893.105	-23.956.724	-41%
E.2) Oneri straordinari	6.699.548	9.539.604	2.840.057	42%
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	50.116.019	50.624.941	508.923	1%
Y.1) IRAP	49.126.544	49.580.410	453.867	1%
Y.2) IRES				6%
Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	989.475	1.044.531	55.056	0%
	50.116.019	50.624.941	508.923	1%
Totale imposte e tasse (Y)	50.116.019			1%
RISULTATO DI ESERCIZIO		0	0	

Il grafico seguente (Fig.5) mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi dell'anno 2019, la Prevenzione assorbe il 3,5% (corrispondente a 103,2 milioni di euro), il Territorio il 56,2% (corrispondente a 1.655 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 40,3% dei costi sostenuti (pari a 1.186 milioni di euro).

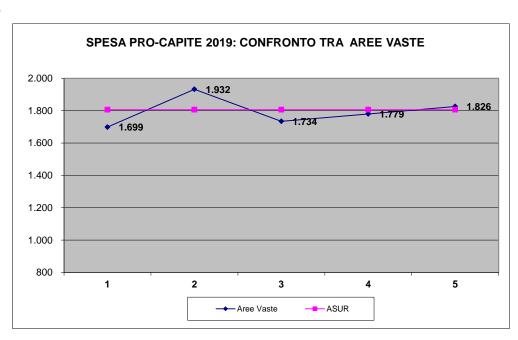


Fig. 5.



In termini di costo pro-capite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo pro-capite pari a 1.806 euro, ripartito per singola Area Vasta così come riportato nel grafico seguente.

Fig. 6.





#### 3 - Le risorse professionali

L'ASUR conta 13.795 dipendenti alla data del 31/12/2019, così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale e rappresentati nella tab. 8 e nella Fig. 7.

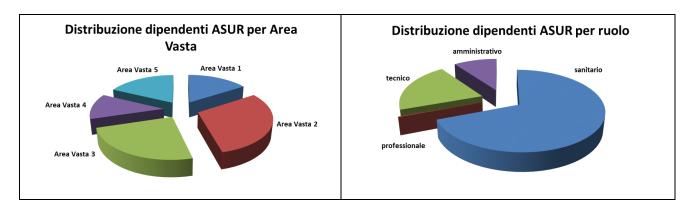
*Tab.* 8.

DOTAZIONE OR	DOTAZIONE ORGANICA		n. ass	unti	n. ce	ssati	Teste
RUOLO	AREA	Teste al 31/12/2018	T.I.	T.D.	T.I.	T.D.	31/12/201
	dirigenza medica	2.234	145	263	176	307	2.159
sanitario	dirigenza non m.	335	39	77	23	97	331
	comparto san	7.198	307	818	347	931	7.045
mofoggi anala	dirigenza	18	1	2	-	2	19
professionale	comparto	11			-	3	8
tecnico	dirigenza	31			4	1	26
tecnico	comparto tec	2.869	201	578	145	698	2.805
anninia tuativa	dirigenza	65	4	4	5	5	63
amministrativo	comparto	1.342	39	66	66	42	1.339
		14.103	736	1.808	766	2.086	13.795

10	
đī	CIII

ui cui						
Area Vasta 1	2.233	120	209	138	215	2.209
Area Vasta 2	4.258	194	822	207	965	4.101
Area Vasta 3	3.424	174	234	192	243	3.397
Area Vasta 4	1.678	130	157	108	220	1.638
Area Vasta 5	2.510	119	386	121	444	2.450

Fig.. 7.



Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 1.094 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.322.897 unità, e 174 pediatri di libera scelta, che assistono 158.607 assistiti (Fonte: Modello FLS 12, Anno 2019).

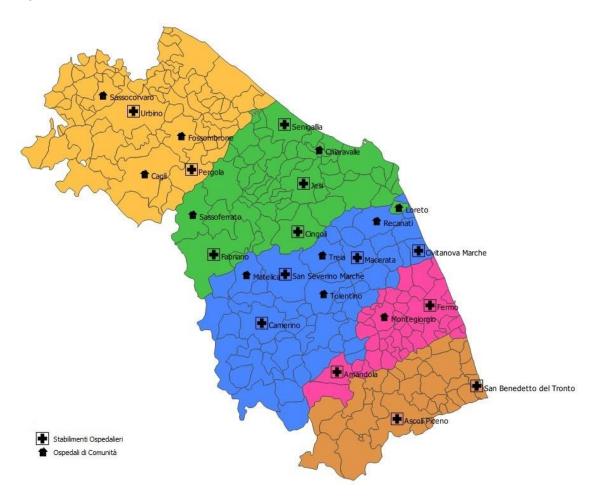


#### 4 - La struttura dell'offerta

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta <u>ospedaliera</u> 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.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta, comprendenti 14 stabilimenti ospedalieri. Sul territorio regionale sono altresì presenti 11 Case della Salute, derivanti dalla riconversione di ex ospedali minori, detti Ospedali di Comunità.

Fig.. 8.





Tab. 9. Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2019)

AREA VASTA	CODICE STRUTTURA	DESCRIZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DESCRIZIONE STABILIMENTO
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	STABILIMENTO DI URBINO
AVI	110001	FRESIDIO OSFEDALIERO UNICO AVI	02	STABILIMENTO DI PERGOLA
			01	STABILIMENTO DI SENIGALLIA
AV2	440000	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	02	STABILIMENTO DI JESI
AVZ	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	04	STABILIMENTO DI FABRIANO
			06	STABILIMENTO DI CINGOLI
			01	STABILIMENTO DI CIVITANOVA M.
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	02	STABILIMENTO DI MACERATA
AVS	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	03	STABILIMENTO DI CAMERINO
			04	STABILIMENTO DI S. SEVERINO M.
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	STABILIMENTO DI FERMO
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	02	STABILIMENTO DI AMANDOLA
A\/E	44000E	PRESIDIO OSPEDALIERO LINICO AVE	01	STABILIMENTO DI S.BENEDETTO
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	02	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO

Alle strutture ospedaliere pubbliche, si aggiungono 7 Case di Cura Private accreditate, appartenenti al settore Monospecialistico (n.3), al settore Multispecialistico (n.3) e, infine, alla Riabilitazione (n.1).

Tab. 10. Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2019)

CODICE STRUTTURA	Denominazione struttura	Tipologia struttura	Area Vasta	codice stabilimento	Descrizione stabilimento
110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica	AV2	01	CASA DI CURA VILLA SILVIA
110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro- psichiatrico	AV2	01	CASA DI CURA VILLA JOLANDA
110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del settore neuro- psichiatrico	AV5	01	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE
	CdC MARCHE - RETE		AV2	01	CASA DI CURA VILLA IGEA
110076	IMPRESA AREA VASTA 2	Struttura multi-specialistica	AV2	02	LABOR SPA CASA DI CURA VILLA SERENA
110077	CdC MARCHE - RETE IMPRESA AREA VASTA 3	Struttura multi-specialistica	AV3	01	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION
	IIVIPRESA AREA VASTA 3		AV3	02	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL
				01	RITA SRL CASA DI CURA PRIVATA VILLAVERDE
440070	CdC MARCHE - RETE	0	AV5	02	CASA DI CURA VILLA SAN MARCO
110078	IMPRESA AREA VASTA 4/5	Struttura multi-specialistica	AV5	03	CASA DI CURA VILLA ANNA SRL
			AV5	04	CASA DI CURA SAN BENEDETTO SPA
			AV1	05	CASA DI CURA VILLA MONTEFELTRO
			AV3	01	CENTRO SANTO STEFANO - PORTO POTENZA
110079	CENTRO OSPEDALIERO	Struttura riabilitativa ex art.	AV2	02	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA
	SANTO STEFANO	26	AV5	03	CENTRO SANTO STEFANO - ASCOLI PICENO
			AV1	04	CENTRO SANTO STEFANO - CAGLI

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



Tab. 11.

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

Fonte: HSP 11 e 12

Passando alla dotazione di posti letto nelle strutture private accreditate, il numero di posti letto delle Case di Cura private regionali è pari a 902 unità, comprendenti 61 posti letto di DH/DS, 406 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 433 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

Tab. 12.

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

Fonte: HSP 11 e 13

L'Azienda opera mediante 308 strutture territoriali a gestione diretta e 328 strutture territoriali convenzionate (Fonte STS 11- anno 2019).



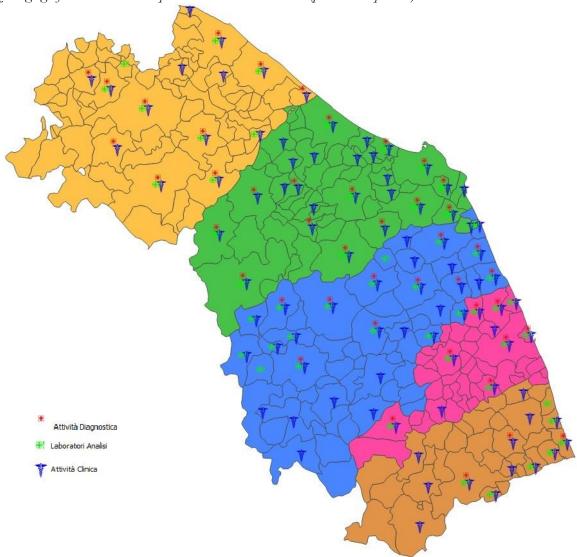


Fig. 9. Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)



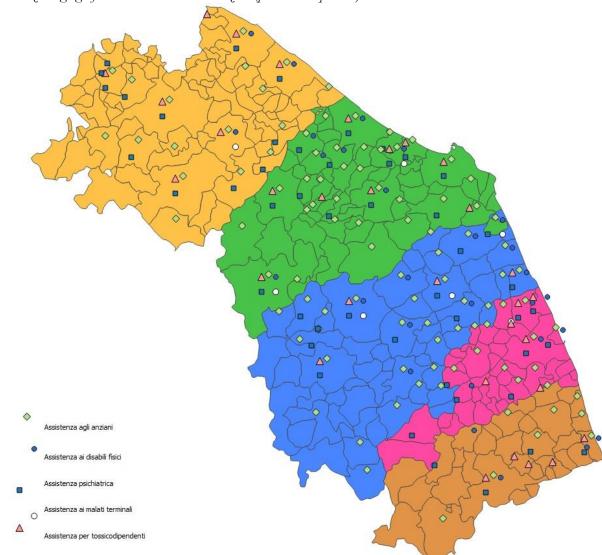


Fig.. 10. Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)



Le tabelle che seguono, coerentemente con i flussi ministeriali STS 11 e 24, riportano il numero di strutture a gestione diretta ASUR e il numero delle strutture private convenzionate per il 2019 suddiviso per tipologia di struttura e tipo di assistenza erogata, nonché il numero di posti letto di assistenza residenziale e semiresidenziale attivi nel 2019.

Tab. 13.

Numero di strutture a gestione diretta ASUR			Tipo struttura		
Tipo di assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			45	3	48
Assistenza ai disabili fisici			3	1	4
Assistenza ai disabili psichici			2	3	5
Assistenza ai malati terminali			8		8
Assistenza per tossicodipendenti	19		1	3	23
Assistenza psichiatrica	33		28	21	82
Attività clinica	106	54			160
Attività di consultorio familiare	72				72
Attività di laboratorio	20	27			47
Diagnostica strumentale e per immagini	26	29			55
Totale complessivo	276	111	86	30	504

Tab. 14.

Numero di strutture convenzionate			Tipo struttura		
Descrizione tipo assistenza erogata	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Totale complessivo
Assistenza agli anziani			130	5	135
Assistenza ai disabili fisici			11	32	43
Assistenza ai disabili psichici			6	4	10
Assistenza AIDS			1		1
Assistenza idrotermale	6				6
Assistenza per tossicodipendenti			27	3	30
Assistenza psichiatrica			27	1	28
Attività clinica	4	60			64
Attività di laboratorio		59			59
Diagnostica strumentale e per immagini		21			21
Totale complessivo	10	140	202	45	397

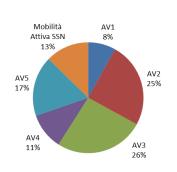


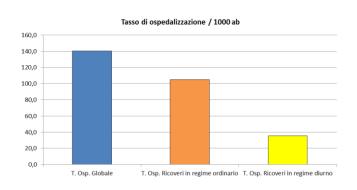
#### 5 - I servizi sanitari erogati

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 2019 ha erogato complessivamente 137.669 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 87% ai propri residenti e 13% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con la mobilità passiva extraregionale) è pari a 140,4 con un valore pari a 105,1 per i ricoveri in regime ordinario e 35,4 per quelli in regime diurno.

Fig. 11.

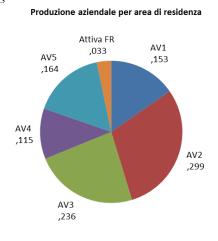
Produzione aziendale per area di residenza

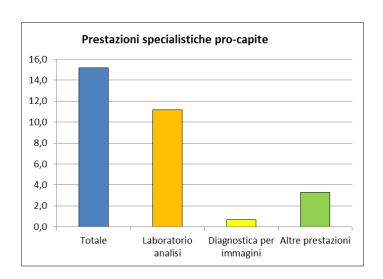




In merito all'assistenza specialistica, nel 2019 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 21.377.784 prestazioni, di cui 96,7% ai pazienti regionali ed il restante 3,3% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 15,2 prestazioni per residente, di cui 11,2 prestazioni di laboratorio analisi e 0,7 di diagnostica per immagini.

Fig. 12.

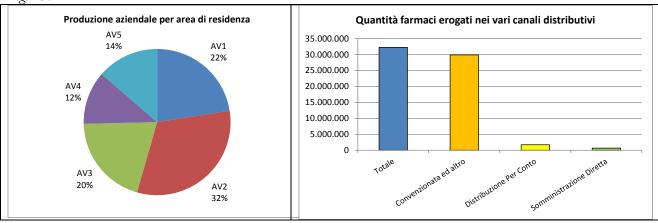




Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 31.611.554 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 92,3% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (5,7%).









# 3) Misurazione e valutazione della performance organizzativa

#### 1 – Obiettivi annuali e specifici (triennali)

La programmazione aziendale è stata avviata con l'approvazione della Determina n. 241/DG del 29/04/2019 "Piano della Performance 2019-2021. Adozione", la quale prevede per tutte le aree gli obiettivi da perseguire per l'anno 2018 e relativi indicatori e target.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR della Regione Marche per l'anno 2019 è avvenuta con DGR n. 359del 02/07/2019; tali obiettivi sono oggetto di specifica pesatura (DGRM n. 414 del 08/04/2019), ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni Generali degli Enti del SSR.

In fase di approvazione degli obiettivi a carattere sanitario a livello aziendale, avvenuta con determina n. 359/DG del 2/7/2019, così come successivamente modificata dalla determina n. 380/DG del 18/7/2019, la Direzione ASUR ha recepito il contenuto delle DGRM 415 e 414/2018 citata assegnando gli obiettivi alle singole Aree Vaste.

Infine, il Direttore Generale, con successiva Det. n. 437 del 30/07/2019, ha approvato i criteri di valutazione dei risultati delle Direzioni di Area Vasta, prevedendo che tali direzioni siano valutate sui medesimi obiettivi del Direttore Generale e con i medesimi pesi (Det. n. 414 del 8/04/2019).

In Allegato alla presente relazione, si propongono le schede riassuntive degli obiettivi sanitari dell'area dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione, con l'evidenziazione degli indicatori, i valori attesi ed i risultati raggiunti dall'Amministrazione nel suo complesso, tenuto conto laddove necessario delle tolleranze previste sia dal valore atteso che, dai criteri della DGRM 414/2019, la quale prevede tolleranza del 10% per gli indicatori vincolanti e del 5% per i non vincolanti.

La legenda utilizzata è la seguente:

- Obiettivo Raggiunto (con tolleranza)
- Mancato raggiungimento
- Raggiungimento parziale
- Non valutabile.



#### 2 - Performance organizzativa complessiva

Pur lasciando all'OIV il compito di misurare e valutare la performance organizzativa complessiva di ciascuna amministrazione ai sensi dell'art. 7, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 150/2009, si rappresenta che l'Azienda ha rispettato l'obiettivo fondamentale dell'equilibrio di bilancio, assicurando altresì il rispetto di due vincoli principali imposti dalla normativa nazionale e regionale, quali:

- 1) il tetto sulla spesa farmaceutica convenzionata misurato dall'incidenza sul Fondo Sanitario Regionale del 7,96%;
- 2) il tetto sul costo del personale fissato nel valore pari a 612,5 milioni di euro di cui alla DGRM n. 115 del 10/02/2020.

Nel 2019, inoltre, rispetto allo sforamento complessivo regionale della spesa per dispositivi medici, il cui limite è pari al 4,4% del FSR, l'Azienda ha raggiunto l'obiettivo di riduzione della spesa rispetto all'anno precedente, segnando una variazione negativa di 0,6%.

D'altro canto, gli sforamenti registrati nella spesa farmaceutica ospedaliera e nei dispositivi medici sono stati fatti salvi dal perseguimento dell'equilibrio economico complessivo aziendale.

In merito alla garanzia dei livelli assistenziale, inoltre, sono stati perseguiti in generale gli obiettivi assegnati dalla Regione.



# 4) Misurazione e valutazione degli Obiettivi individuali

Il percorso di misurazione degli obiettivi individuali assegnati ai Dirigenti e inseriti nel Piano della Performance non si è ancora concluso al momento della stesura della presente relazione; in particolare, si è in attesa del perfezionamento della contrattazione integrativa da parte di tutte le 5 Aree Vaste e della Direzione Centrale.

La valutazione individuale è stata avviata sulla base di quanto definito dal Sistema di valutazione e misurazione della performance 2019 approvato con Determina n. 241 del 29/04/2019 (Allegato B).

In sintesi, essi, tale schema di contratto prevede quanto segue:

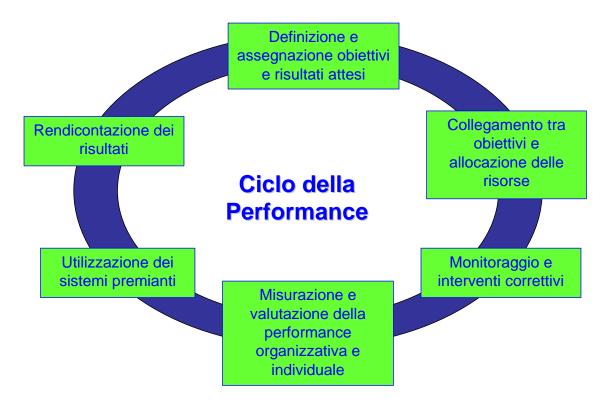
- la valutazione della performance individuale è effettuata in prima istanza dal dirigente sovraordinato; relativamente al personale afferente all'area delle professioni sanitarie la valutazione è effettuata di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie di riferimento e con il Coordinatore/POD ove esistente ed è sottoscritta da tutti i valutatori;
- la valutazione della performance individuale dei titolari degli incarichi di funzione è effettuata dal Dirigente Responsabile della struttura ovvero dal Direttore di dipartimento di concerto con il Dirigente delle professioni sanitarie per il personale di competenza; in tale ultima circostanza le relative schede sono sottoscritte da entrambi;
- la valutazione della performance individuale dei titolari di incarico di organizzazione per l'esercizio della sola funzione di coordinamento è effettuata dal Dirigente delle professioni sanitarie di concerto con il Dirigente Responsabile della struttura e la relativa scheda è sottoscritta da entrambi;
- la scheda di valutazione, debitamente compilata, deve essere illustrata al dipendente interessato al fine di acquisirne la sottoscrizione per condivisione; nel caso di non condivisione del giudizio espresso dal dirigente responsabile il dipendente interessato motiverà la propria posizione indicando le proprie ragioni in calce alla scheda.
- In presenza di mancata condivisione del giudizio il dipendente eserciterà azione per l'avvio delle procedure di conciliazione
- il Nucleo di Valutazione è individuato quale 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 di prima istanza e per conoscenza alle strutture di Area Vasta di supporto all'Area Politiche del Personale e di supporto all'Area Controllo di Gestione, ovvero, per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR, all'Area Politiche del Personale ed all'Area Controllo di Gestione, 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 di prima istanza, nel termine di giorni 15 dalla data di ricezione della richiesta, esamina la richiesta del dipendente anche mediante contradditorio del dipendente. In caso di accoglimento/accordo il valutatore di prima istanza procederà a modificare la valutazione già emessa procedendo a trasmettere la scheda di valutazione individuale aggiornata alle strutture di gestione del personale e di controllo di gestione, come sopra individuate. In caso di mancato accoglimento il valutatore di prima istanza trasmetterà la richiesta del dipendente di revisione della valutazione unitamente alle proprie argomentazioni in ordine al mancato accoglimento della stessa, al Nucleo di Valutazione per il tramite della struttura di Area Vasta di supporto all'Area Controllo di Gestione (l'Area Controllo di Gestione per il personale che ricopre posti della dotazione organica della Direzione Generale ASUR). 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 non è appellabile, ferme rimanendo le prerogative e le disponibilità previste dalle vigenti norme.



# 5) Il processo di misurazione e valutazione

Con riferimento al ciclo delle performance aziendale di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4), di seguito rappresentato, si descrive nel paragrafo presente il processo di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2019 dell'ASUR.

Fig. 14.



Così come previsto nel Piano della Performance, 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 (con DGRM n. 1779/2018), nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Con DGRM n. 1779 del 27 dicembre 2018, in attesa dell'assegnazione definitiva del budget, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e quindi anche l'ASUR, alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2019 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2019 è avvenuta con DGRM n. 415 del 08/04/2019. Gli stessi obiettivi sono stati oggetto di specifica pesatura con DGRM 414 del 08/04/2019, la quale ha definito i criteri di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali deli Enti del SSR.

La programmazione regionale sanitaria ed economica è stata recepita con Determina, del Direttore Generale, n. 359/DG del 2/7/2019, così come successivamente modificata dalla determina n. 380/DG del 18/7/2019 e con Det. n. 437 del 30/07/2019, ha approvato i criteri di valutazione dei risultati delle Direzioni di Area Vasta,.

Il Budget definitivamente assegnato all'ASUR è stato approvato con DGRM n. 1658 del 23 dicembre 2019 ed in coerenza con tale assegnazione l'ASUR ha adottato il bilancio preventivo economico 2019 con determina n. 736 del 27/12/2019 (approvato con Delibera di Giunta n.261 del 20/03/2020) ed ha assegnato definitivamente i Budget alle Aree Vaste con Det. n. 81 del 24/2/2020.



Sulla base di tale programmazione regionale e aziendale, i Direttori di Area Vasta hanno definito i budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto) con le tempistiche seguenti:

- AV1: con nota ID n. 911786/2018 sono stati consegnati gli obiettivi 2018/2019. Gli obiettivi 2019 sono stati aggiornati alla luce degli obiettivi sanitari della 359/19 e su questi è stata fatta la valutazione intermedia passata al nucleo. Con determina DAV n. 571/00 sono state recepite le modifiche introdotte dalla 359/19 per il 2019 e sono stati declinati i nuovi obiettivi della determina 49/00.
- AV2: si è concluso con l'adozione della determina DAV n. 2362 del 29/11/2019;
- AV3: si è concluso con l'adozione della determina DAV n. 1496 del 31/10/2019;
- AV4: si è concluso con l'adozione della determina DAV n. 561 del 31/07/2019;
- AV5: si è concluso con l'adozione delle determine DAV n. 1050 del 10/09/2019 e 15665 del 31/12/2019.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si è valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari dell'Azienda nel suo complesso, dandone evidenza nella Relazione al Bilancio d'esercizio 2019 (adottato con Det. n. 321/DG del 25/06/2020) e risulta ancora in corso la valutazione della performance organizzativa e individuale del personale dirigenziale e del comparto delle Aree Vaste e della Direzione centrale.

Allo stato attuale, il Collegio Sindacale ASUR ha espresso parere favorevole solo su alcuni Accordi Integrativi riferiti all'anno 2019, così come dettagliato nel prospetto seguente:

Tab 15.

AV/Direzione Asur	COMPARTO	MEDICI	SPTA
1	Determina recepimento CCI n. 215/AV1 del 24.2.2020		
2	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 07/11/2019		
3	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 5/12/2019		SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI : 3/3/2020
4	Determina recepimento CCI n. 905/AV4 del 5.12.2019		
5	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 5/11/2019		
Direzione Asur	SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI: 30/10/2019		SOTTOSCRIZIONE DEFINITIVA CCI : 31/1/2020

I documenti relativi al Ciclo della Performance sono riportati nella tabella seguente, con l'indicazione della data di adozione, di pubblicazione, eventuale aggiornamento e, infine, il relativo link nel sito aziendale dedicato alla Trasparenza.



## Tabella 16.

Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Documento	Link documento
Sistema di misurazione e	Determina 241ASURDG 2019 Piano Performance	https://www.asur.marche.it/web/portal/sistema-di-misurazione-e-valutazione-della- parformance?n o id=110 INSTANCE 3CirCniehhMSO&p o lifecycle=0&p o state=normal&p o mode=view&p o col id=column: 2&p o col post-8&p o col counte2& 310 INSTANCE 3CirCniehhMSO strust action=%2?document library display%2?view file entry& 110 INSTANC E_3CirCniehhMSO redirect=https:%33A%2P\$2Fwww.asur.marche.it%2?web%2?Footral%2?sistema-di-misurazione-e-valutazione-della eerformance%2F- E_3CirCniehhMSO redirect=https:%33A%2P\$2Fwww.asur.marche.it%2?web%2?Footral%2?sistema-di-misurazione-e-valutazione-della eerformance%2F- E_3CirCniehhMSO redirect=%33https://document-bibary-display-bibar
valutazione della Performance	B_SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 2019.pdf	https://www.asur.marche.it/web/portal/kistema-di-misurazione-e-valutazione-della- performance?o_o_id=110_INSTANCE_3Cir.CniehhMSQ6_o_o_infecuele@o_o_o_state=normal@o_o_mode=view@o_o_col_id=column- 28.p_o_col_post_8p_o_col_count=28_110_INSTANCE_3Cir.CniehhMSQ strust_action=%2Fdocument_library_display%2Fview_file_entry&_110_INSTANCE_ 6_3Cir.CniehhMSQ_redirect=https:%338%2F8%2Favow_asur_marche_INSZ*pewbMS_Fportal%2Fsistema-di-misurazione-e-valutazione-della_enerformance%2Fs. 6_3Cid.Countent_library_display%2F3_cir.CniehhMSQ%2Fview%2F46099%3F_110_INSTANCE_3Cir.CniehhMSQ_redirect%3Dhttps:%2536%25EF%25Erwow_asur_marche_INSZ*2Fsiveb%2F5Cportal%2F2Fsitema-di-misurazione-e-valutazione-e-va
Piano della Performance	Determina 241ASURDG 2019 - Piano triennale Performance 2019-2021	https://www.asur.marche.it/web/portal/piano-della- performance?p p id=110 INSTANCE MIXEFv2Ckin2&p p lifecvcle=0&p p state=normal&p p mode=view&p p col id=column- performance?p p id=110 INSTANCE MIXEFv2Ckin2&p p lifecvcle=0&p p state=normal&p p mode=view&p p col id=column- performance?p p id=110 INSTANCE MIXEFv2Ckin2 struts action=v%2Fdocument library display%2Fview file entry& 110 INSTANCE EMIXEFv2Ckin2 redirect=https%336x2Fw2Fview asur_marche_it%2Fveeb%2Fpoortal%2Fpiano-della-performance%2F- %2Fdocument library display%2FMIXEFv2Ckin2%2Fview%2Fd010%3F 110 INSTANCE MIXEFv2Ckin2 redirect%3Dhttps%253AW252FW252Fwww.asur_marche_it%252Feeb%2Fpoortal%2Fpiano-della- performance%2F35 p id%253Fpoortal%2Fpiano-della- performance%2F35 p id%253Diolumn26V2Fd010 INSTANCE MIXEFv2Ckin2%2Fd0 p lifecvcle%253D0%2526p p state%253Dnormal%2526p p mode%253Ovie p%2526p p col id%253Dcolumn26V2526p p col pos%253D1%2526p p col count%253D2& 110 INSTANCE MIXEFv2Ckin2 fileEntryId=307981
To an occion chombine	Piano triennale Performance 2019-2021	https://www.asur.marche.it/web/portal/piano-della- performance?p p id=110 INSTANCE MIXEEvx2GknZ&p p lifecycle=0&p p state=normal&p p mode=view&p p col id=column- 2&o p col loss1&o p col count=2& 110 INSTANCE MIXEEvx2GknZ strust action=%2Fdocument library display&2Pview file entry& 110 INSTANCE EMIXEEvx2GknZ redirect=https://www.asur.marche.it/%2Pview%2Farchar@2Falono-della- performance%2F- %2Fdocument library display&2FMIXEEvx2GknZ%2Fview%2F46104%3F 110 INSTANCE MIXEEvx2GknZ redirect%3Dhttps:%253A%252F%25Ewww.as. ur.marche.it%25Zfweb%25Zfeortal%25ZfeJano-della- performance%253To p id%253To lotto)10 INSTANCE MIXEEvx2GknZ%25Z6o p lifecycle%253D0%25Z6o p state%253Dnormal%25Z6o p mode%253Dvie- w%25Z6o p col id%253Dcolumn-2%25Z6o p col pos%253D1%25Z6o p col count%253D2& 110 INSTANCE MIXEEvx2GknZ fileEntryId=307874.
	All 1 PTPC 2019-2021 REVISIONE	https://www.asur.marche.it/web/portal/plano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenoa?po pid=110.INSTANCE_VPBHspirR4KURo_p_lifecycle=08.po state=normal&po_p_mode=view&po_p_col_id=column_ 28.p_p_col_pos=18.po_p_col_count=28_110_INSTANCE_VPBHspirR4KU_struts_action=%2Fdocument_library_display%2Fview_file_entry&_110_INSTANCE_ E_VPBHspirR4KU_redirect=https%35M2FPx2Fwww.asur.marche_iH%2Fweb%2Fportal%2Fplano-triennale-per-la-prevenzione-della- trasparenoa%2E- SEZEGOCUMENT_library_display%2FVPBHspirR4KU%2Fview%2F128070%3F_110_INSTANCE_VPBHsgirR4KU_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.asur.marche_iH%2Fweb%2Fportal%2F3D0%2F3E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_library_display%2FVPBHspirR4KU%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_library_display%2FVPBHspirR4KU%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2FVPBHspirR4KU%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2FVPBHspirR4KU%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2FVPBHspirR4KU%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0_p_ter=0. SEZEGOCUMENT_Library_display%2F0E_0. SEZEGOCUMENT_Library_disp
	AIL. 1 sub a. Mappatura rischio	https://www.asur.marche.it/web/nortal/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenza?pp pid=110 INSTANCE VPBHSqirRAKUR8.pp Ilifecycle=08.pp pstate=normal&pp prode=view&pp p.col id=column- 28.p. pc.col pos=18.pp pc.cl count=28.110 INSTANCE VPBHsqirRAKU strust action=%2Fdocument library.displas%2Fc/siew file entry& 110 INSTANCE E-VPBHsqirRAKU redirect=https%38/%2F%2Fwww.asur.marche.it%2Fweb%2Fportal%2Fpiano-triennale-per-la-prevenzione-della- trasparenna%2F2 E-VPBHsqirRAKU redirect%3Dhttps%25VPBHsqirRAKU%2Fview%2F128070%3F 110 INSTANCE VPBHsqirRAKU redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.asur.marche.it%252Fweb%253Fportal%252Fportal%252Fportal%252Fportal%252Fportal%252Fportal%253Fportal%253Dhttps%253Dhttps%253Dhormal%2526p.pp mode%253Dview.  trasparenna%253Fp pid%253D110 INSTANCE VPBHsqirRAKU%2526p.pp illevcide%253Dbttps%253Dhormal%2526p.pp mode%253Dview.  ###################################
	All. 1 sub b. Tabella Livello Rischio	https://www.asur.marche.it/web/gortal/piano-triennale-ger-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenza?p.p.id=110. INSTANCE VP8HsgirR4KU8p.p. lifecycle=08.p.p.state=normal8.p.p.mode=view8p.p.col.id=column- 28.p.n.col.gos=18.p.n.col.count=28.110. INSTANCE VP8HsgirR4KU.strus.action=%27document.library.display%27view.file_entry8_110. INSTANCE E-VP8HsgirR4KU redirect=https://333AWEPS22*www.asur.marche.it%27eveb%2Fportal%27piano-triennale-ger-la-prevendone-della-corruzione-e-della- trasparenza%2E- SG2fdocument.library.display%2FVP8HsgirR4KU%2Fview%2F128070%3F.110. INSTANCE VP8HsgirR4KU redirect%30https%253AW5252F%252Fwww.a. sur.marche.it%252Fweb%252Fportal%252Fpoiano-triennale-ger-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenza%253Fp.p.id%253D110. INSTANCE VP8HsgirR4KU%2526p.p. illecvicle%253D0%2586p.p. state%253Dnormal%2526p.p. mode%253Dview. \$8256p.p. col. div85253Dclump-382556p.p. col. col.woxids53D0&26553D2&10. INSTANCE VP8HsgirR4KU.fileFatrydid=186924.
PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	All. 1 sub c. Cronoprogramma attività	https://www.asur.marche.it/web/portal/piano-triennale-oer-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenza?o.o.id=110.INSTANCE_VPBHsolrRAKURa.o.o.lifecycle+08a.o.state=normal&o.o.mode=wiew&o.o.col.id=column_ 2&o.p.col.pos=1&p.p.col.count=2&.110.INSTANCE_VPBHsolrRAKU.strust.action=%276ocument_library_display%27view_file_entry&_110.INSTANCE_ E_VPBHsolrRAKU_redirect=https://docs/ps/25/p
	AIL. 1 sub d. Griglia obblighi pubblicazione	https://www.asur.marche.it/web/gortal/piano-triennale-ger-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenza?o.p.id=110.INSTANCE.VPBHsoirRAKU&p.p.ilfecvcle=0&p.p.state=normal&p.p.mode=wiew&p.p.col.id=column. 2&p.p.col.pos=1&p.p.col.count=2&.110.INSTANCE.VPBHsoirRAKU.Struts.action=%276ocument.library.display%27view.file_entry&_110.INSTANCE. E-VPBHsoirRAKU_redirect=https://docs/pass/ps/25/enus.asur.marche.it%27veb%2Fportal%276iano-triennale-ger-la-prevenzione-e-della-crruzione-e-della-trasparenza%2F- S22fdocument.library.display%2FVPBHsoirRAKU%2Fview%2F128070%3F-110.INSTANCE.VPBHsoirRAKU.redirect%3Ohttos%253A%252F%252Fwww.a. sur.marche.it%252Fweb%252Fportal%252Fpiano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenza%253ep.p.id%253D1010.INSTANCE.VPBHsoirRAKU%2536b.p.id=county-fished-e-della-corruzione-e-della- trasparenza%253ep.p.id%253D01010.INSTANCE.VPBHsoirRAKU%256b.p.id=county-fished-e-della-corruzione-e-della-
	Determina approvazione PTPCT 2019-2021	https://www.asur.marche.it/web/portal/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della- trasparenna?po pid=110 INSTANCE VPBHsDirRAKUI&po pillecycle=08.po p.state=pormal&po p.ool-id=column. 28.p. p.ool-pos=18.p. p.ool-count=28. 110 INSTANCE VPBHsDirRAKU struts action=%276ocument library display%22view file entry8 110 INSTANCE EVBRHsDirRAKU redirect=https:%38%278/2Fwww.asur.marche_it%2Fweb%2Fportal%2Fplano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-
	Tabella Riscontro Osservazioni associazioni	https://www.asur.marche.it/web/portal/piano-triennale-per-la-preventione-della-corruzione-e-della- trasparenza?p p_id=110_INSTANCE_VP8HsqirRAKU&p p_illecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=we&p_p_col_id=column_ 2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_110_INSTANCE_VP8HsqirRAKU&preventione-della-preventione-del



# Allegato

Fonti: gli indicatori sono stati calcolati tramite l'utilizzo dei dati certificati da flussi informativi nazionali, regionali ed aziendali, nonché dei dati forniti dal Controllo di Gestione Aziendale e dalle altre strutture organizzative dell'ASUR.



# **PREVENZIONE**

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019	raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) (Vincolante)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	10.027	10.695	93,8%	≥ 95%	•	Ob. Raggiunto tolleranza 10%
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib (Vincolante)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	10.110	10.695	94,5%	>=95%	•	Ob. Raggiunto tolleranza 10%
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (Vincolante)	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione ≥ 65 anni residente	215.214	378.321	56,9%	≥ 75%	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enne	N° di soggetti di età =65 anni vaccinati per antipneumococcica	Popolazione 65enni residente			NON VALUTABILE	<u>≥</u> 25%	<b>3</b>	Campagna in fase di avviamento
Copertura	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomelite, da effettuare con richiamo (dTpa IPV)	Nº di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	11.579	13.684	84,62%	≥ 90%	⊗	Percorso di avvicinamento a risultato atteso
vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) di una dose antimeningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	8.393	13.598	61,72%	≥ 80%	8	Percorso di avvicinamento a risultato atteso
	copertura vaccinale anti HPV	N. soggetti nel corso del 12° anno di vita vaccinati con cicli completi	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	4.503	14.265	31,57%	≥ 70%	⊗	Percorso di avvicinamento a risultato atteso
	Copertura vaccinale Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età	N° di soggetti vaccinati anni 65	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita			NON VALUTABILE	> = 25%	1	Campagna in fase di avviamento
	Copertura vaccinale nei bambini di 5 - 6 anni di età contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite		N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	11.400	12.864	88,62%	>= 95	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento a risultato atteso
	Copertura vaccinale nei bambini nati dall'anno 2017 con offerta a 13- 15 mesi con dose vaccino antivaricella	N° di soggetti vaccinati nati a partire dall'anno 2017	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	9.648	10.695	90,21%	≥ 75%	•	
	Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte dei nati 2017	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningo B	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	7.034	10.695	65,77%	≥ 80%	<b>S</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019	raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2018	68.183	184.581	36,94%	> 40%	<b>©</b>	Ob. Raggiunto tolleranza5%
	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2018	53.701	121.653	44,14%	> 45%	•	Ob. Raggiunto tolleranza5%
Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2018	47.652	88.874	53,62%	>50%	•	
	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen- detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei cancri invasivi screen- detected	N° di tutti i cancri screen-detected * 100	34	143	23,78%	< 25%	<b>⊘</b>	
attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni	prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta	prevalenza anno di valutazione	prevalenza anno precedente a quello della valutazione			100,0%	>=% sovrapp/obesa , sedentaria e consumo frutta anno precedente	<b>⊘</b>	
"Guadagnare Salute"	Realizzazione sorveglianza PASSI	n. di interviste effettuate	n. interviste da effettuare	847	880	96,3%	≥ 90%	<b>Ø</b>	
Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	3.930	76.565	5,1%	≥ 5%	<b>Ø</b>	
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	1.244	13.623	9,13%	>10%	<b>&amp;</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019	raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
attuazione DGR	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali per i programmi 1 - 4 PRP in ciascuna AV per l'anno 2018	determina in ciascuna Area Vasta				Determina DAV n.1215/AV1 del 29/11/2019 Determina DAV n.7/AV2 del 13/01/2020 Determina DAV n. 9/AV3 del 07/01/2020 Determina DAV n.133/AV5 del 28/01/2020	Approvazione atti	•	
540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2019)	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, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11)				relazione allegata al bilancio	relazione ASUR	<b>Ø</b>	
	Registrazione delle attività di controllo ispettivo relative ai cantieri notificati nella piattaforma web Marche Prevenzione (Linea progettuale 6.7)	N. cantieri per i quali viene registrata attività ispettiva nella piattaforma Marche Prevenzione	N. di cantieri notificati e sottoposti a controllo ispettivo (notifiche on line ex art 99)	714	1.244	57,40%	100%	<b>⊗</b>	Carenze strutturali
DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi		5.792	6.053	95,69%	95%	<b>Ø</b>	
Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno		66 euro	100%	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente (62,98)	<b>Ø</b>	



## ASSISTENZA VETERINARIA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	% Aziende ovicaprini 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	162	3.389	4,8%	> 3% delle aziende	o	- CONTRACTOR
ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	153	12.097	1,3%	1%	•	
	% Capi ovicaprini 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	14.101	147.307	9,6%	> 5% dei capi	•	
CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campionii effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	499 454 787	520 462 798	95,96% 98,27% 98,62%	100% in ciasucna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase	•	Ob. Raggiunto tolleranza5%
FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	261	255	100,0%	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	8	
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati	% 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	1.034	1.034	100,0%	100%	0	
validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA <b>vincolante</b>	% 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	1.590	1.259	100,0%	100%	<b>Ø</b>	
OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	11	18	61,11%	>60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	8	
PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	35 5050	35 508	100% 99,41%	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	8	Ob. Raggiunto tolleranza5%



# ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

Des Obiettivo -	Descrizione Indicator	Descrizione Numerator	Descrizione Denominatore	Numeratore	De nominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiu •	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	% 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	738	2.270	32,5%	> 2018 (33,70%)	<b>Ø</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso (ob.
	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000 (Vincolante)	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	1.198	4.358	27,5%	<2018 (29,21%)	<b>②</b>	Raggiunto tolleranza
	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000 (Vincolante)	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	288	1.253	23,0%	<2018 (27,875%)	<b>Ø</b>	
	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Vincolante)	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	1.032	1.395	74,0%	>2018 (73,41%)	<b>②</b>	
	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	21	401	5,2%	< 2018 (4,37%)	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	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	19	600	3,2%	< 2018 (1,88%)	<b>Ø</b>	Ob. Raggiunto tolleranza5%
	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			nessun caso	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	<b>©</b>	
L.208/15	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus ischemico:	Nº ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	95	1.133	8,4%	< 2018 (9,39%)	<b>Ø</b>	
	mortalità a 30 giorni dai ricoveri per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	48	1.091	4,4%	< 2018 (7,44%)	<b>Ø</b>	
	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	17	1.801	0,9%	≤del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascum stabilimento	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	Parto naturale: % complicanze	Nº 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	34	3.907	0,9%	< 2018 (0,47%)	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 100 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	1.181	1.184	99,7%	>2018 (90,9%)	<b>Ø</b>	
	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	558	771	72,4%	≥ 50% per ciascun stabilimento	0	



Des	D T.F.	D N	D D	N .	ъ	T. P. 4 2010	Valore atteso	%	MOTIVAZIONI
Obiettivo -	Descrizione Indicator  Predisposizione ed	Descrizione Numerator	Descrizione Denominatore	Numeratore	De nominatore ,	Indicatore 2010	2019 -	raggiu 🔻	SCOSTAMENTI -
	Predsposizione ed aggiornamento linee guidda per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predsposizione protocolli basati sul PBM	Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predsposizione protocolli basati sul PBM				ASUR DG 475 del 02/09/2019	Adozione provvedimenti formali [Target ASUR]	<b>⊗</b>	
CHIRURGIA AMBULATO RIALE	Rapporto tra prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) e totale prestazioni trasferibili in regime ambulatoriale	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	12.671	163.939	7,7%	< 2018 (8,28%)	<b>②</b>	
	% Donatori di tessuti sottoposti ad accertamento di morte sugli accertamenti di morte	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo-scheletrico, vasi, valvole, cute sottocutaneo e tessuto oculare)		26	41	63,4%	≥ 2018 (69,04%)	<b>⊗</b>	Risultato conseguente alla scelta dell'assistito
	% donatori effettivi di organi	N. Donatori effettivi di organi	N. Pazienti deceduti entro 15 gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta	26	346	7,5%	≥ 2018 (10,75%)	<b>Ø</b>	Ob. Raggiunto tolleranza5%
Donazione organi e tessuti	Attuazione DGR 982/2016				L'attività del centro regionale dei trapianti è continuata anche nell'anno 2019 coordinato da un referente Regionale a cui hanno preso parte un componente ASUR dello CO118, un componente dell'Azienda Ospedaliero Universitario di Ancona e la referente Regionale dei centro trapianti.	100,0%	Implementazione procedure	•	
	Costituzione Banca degli Occhi di Fabriano	Predisposizione Atto Aziendale di Costituzione Banca degli Occhi in attuazione della DGR 2951/2001				atto non ancora predisposto	Predisposizione Atto Aziendale	<b>©</b>	
	Donazione di organi: % Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolesione acurta in rianimazione		N° soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero con lesione cerebrale acuta rianimazione	42	346	12,1%	≥ 2018 (15,44%)	<b>⊘</b>	Ob. Raggiunto tolleranza5%
INCREMENT O PRODUZION E PER CONTRAST O MOBILITA' PASSIVA	Potenziamento prestazioni relative a specifiche attività	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2019) - (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	(Nº interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	-831	67.993	-1,2%	≥ 2018 (tolleranza 10%) (2,05%)	•	Ob. Raggiunto tolleranza 10%



Des Obiettivo	Descrizione Indicator	Descrizione Numerator	Descrizione Denominatore	Numeratore	De nominatore	Indicatore 2010	Valore atteso 2019	% raggiu •	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	% parti fortemente pre- termine avvenuti in punti nascita senza UTIN (Vincolante)	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		9	17	52,9%	< 2018		
	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (Vincolante)	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	1.044	1.624	64,3%	≥80%	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	33.313	79.641	41,8%	≥ 2018 [Tolleranza 5%] (42,04%)	<b>Ø</b>	Ob. Raggiunto tolleranza5%
	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	676	10.535	6,4%	≤22%	•	
	Degenza media pre- operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	8.575	17.632	48,6%	-10% [Tolleranza 20%] (49,6%)	<b>Ø</b>	Ob. Raggiunto tolleranza 20%
Migliorament o qualità clinica, appropriatezz a ed efficienza	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	2.047	2.270	90,2%	>95%	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	Rapporto tra ricoveri attributi a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attributi a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (Vincolante)	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010- 2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	9.653	98.807	0,10	≤ 0,17	<b>②</b>	
	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. accessi in DH medico per pazienti residenti 2019 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 (Vincolante)	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	976	11.034	8,8%	-13,5% (Tolleranza 20%)	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti (Vincolante)	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	-2.353	3.130	-75,2%	-5% (-29,1%)	•	
	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	4.842	33.908	14,3%	< 2018 (15%)	<b>Ø</b>	
	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	13.113	22.474	58,3%	≥ val 2018 (57,37%)	<b>Ø</b>	
	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	1.593	29.243	5,4%	-5%	<b>(2)</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Potenziamento dell'offerta	Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione con l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV				PROT. N. 3084 ASUR DG P del 30/01/2020	Documentazione inviata entro il 31/01/2020	•	**************************************
	Appropriatezza clinico- assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei			100%	100%	•	
Prevenzione insorgenza lesioni da pressione	Riduzione prevalenza lesioni da pressione	Numero pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza nella struttura	Numero pazienti arruolati nell'indagine di prevalenza			17,39% - 7,87% (per lesioni non presenti al momento dell'ingresso)	<2018	9	



Des Obiettivo -	Descrizione Indicatore	Descrizione Numerator	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiu •	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI -
	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage)	41.046	97.766	42,0%	>2018 (44,27%)	<b>S</b>	Ob. Raggiunto tolleranza5%
	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 1 ora	104.659	205.084	51,0%	>2018 (54,43%)	8	Carenze strutturali
	Intervallo Allarme- Target dei mezzi di soccorso (minuti) (vincolante)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno				17,50	≤ 17,5 minuti (nessuna Tolleranza)	8	
	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		117.155	324.996	inviata 30/04/2020 PROT. ASUR DG N. 17720/20	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	<b>②</b>	
Pronto Soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20,00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 08,00 alle ore 20,00 di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		17.458	324.996	inviata 30/04/2020 PROT. ASUR DG N. 17720/20	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	<b>②</b>	
	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		86.903	324.996	inviata 30/04/2020 PROT. ASUR DG N. 17720/20	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	<b>②</b>	
	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20,00 alle ore 08,00) di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		15.748	324.996	inviata 30/04/2020 PROT. ASUR DG N. 17720/20	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	•	
	% Infezioni post- chirurgiche	Dimissioni per Sepsi post- chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	57	10.141	0,56%	< Valore Regionale (0,64%)	0	
Rischio clinico	Relazioni annuali (art. 2, c 5, L. 24/2017)	Evidenza nel sito internet aziendale delle relazioni annuali				100%	Pubblicazione sul sito internet	•	
	Revisione ed implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute	N. raccomandazioni revisionate ed implementate	Totale raccomandazioni			100%	≥3 raccomandazioni su 18	<b>Ø</b>	



## ASSISTENZA TERRITORIALE

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numera tore	Denomi natore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)			7.841		≥ 4,00 x 1000 (≥ 6.170 assistiti)	<b>Ø</b>	
Assistenza Domiciliare	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)			4.620		≥ 2,50 x 1000 (≥ 3.870 assistiti)	<b>Ø</b>	
	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (0,51 - 0,60)			776		≥ 2 x 1000 (≥ 3.090 assistiti)	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Assistenza specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per residenti	N. prestazioni di risonanza magnetica individuate sia dal nomenclatore nazionale sia dallo specifico nomenclatore regionale erogate a pazienti residenti			61.367	100%	≥ 57.416 (tolleranza 10%)	<b>⊘</b>	
	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	52,20	90,00	52,00	tempo di attesa previsto 3 Mesi	<b>⊘</b>	
	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	87,47	90,00	0,97	<=1	<b>⊗</b>	
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	15,00	20,00	15,00	tempo di attesa previsto 20 giorni	<b>⊘</b>	
	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	49,20	45,00	49,00	45 gg medi	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	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	78,20	90,00	0,87	<=l	<b>⊘</b>	



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numera tore	Denomi natore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Interruzioni volontarie di	% IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Conultorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti	IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	716	1.518	0,47	≤ 42%	<b>⊗</b>	Risultato conseguente alla scelta dell'assistito
gravidanza	% IVG ripetute da donne residenti in rapporto al totale delle IVG da donne residenti	IVG effettuate da donne residenti che nel modello D12 - campo 8 riportano "IVG>1"	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	936	1.518	0,62	≤ 1%	<b>&amp;</b>	Risultato conseguente alla scelta dell'assistito
	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	1.646	4.707	35,0%	> 40%	•	Ob. Raggiunto tolleranza5%
Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei deceduti per tumore	N. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore	Medi dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	705	4.707	15,0%	Increment o del 2,5% rispetto al 2018 (44,31%)	⊗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	% Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ a 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	N. Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ a 7 gg	Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	424	855	49,6%	< 25%	⊗	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Prevenzione insorgenza lesioni da pressione	Riduzione prevalenza lesioni da pressione	Numero pazienti con lesioni da pressione insorte durante la degenza nella struttura	Numero pazienti arruolati nell'indagine di prevalenza			35,54% - 11,24% (per lesioni non presenti al momento dell'ingresso)	<2018	<b>②</b>	



## ASSISTENZA FARMACEUTICA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Allestimento di	% Unità posologiche Bevacizumav intravitreale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitreale per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"			non valutabile	≥ 90%	0	Ricorso avverso la Delibera regionale
Bevacizumav intravitreale	Unità posologiche Bevacizumav intravitreale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitreale per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"			53,7%	≥ 46%	•	
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.					5 RELAZIONI	Relazione	•	
Coerenza fatture elettroniche DM e flusso DM	% rapporto tra flusso DM e fatture elettroniche DM	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici fatture elettroniche DM	15.461	19.380	79,8%	≥ 65%	<b>Ø</b>	
Coerenza modello CE e fatture elettroniche DM	Rapporto tra valore B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi e fatture elettroniche DM	valore B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi	Valori economici fatture elettroniche DM	80.915.491	82.660.699	0,98	≤1	<b>Ø</b>	
Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE (B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.)	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3.1 Dispositivi Medici e B.1.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi)	78.653.233	80.915.491	97,2%	Tra 95% e 105%	<b>Ø</b>	
	N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori al 200.000 abitanti	N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori al 200.000 abitanti				1 per AA.VV.	≤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			5 RELAZIONI	Documentazio ne attestante la centralizzazion e per tutte le AAVV	<b>②</b>	
Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AE01, N02AB03, N02AA03) anno 2019) (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018)	102.407	3.387.404	3,0%	≥ 2%	•	
Incremento copertura delle	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	594.489	629.541	94%	≥ 90%	<b>Ø</b>	
trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	1.751.796	1.766.668	99%	≥ 99%	<b>Ø</b>	
Incremento della distribuzione diretta	Avvio distribuzione diretta ospedaliera presso le strutture private accreditate	Valore DDD				Non avviato - per criticità tecnico amministrativa dell'obiettivo, in quanto i medici delle strutture convenzionate non possono prescrivere su ricettario SSN	>0 (I sem AV3 - II sem AV 1- 2-4-5)	<b>3</b>	



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2018	(DDD in distribuzione diretta anno 2019 - DDD in distribuzione diretta anno 2018)	DDD in distribuzione diretta anno 2018	383.872	11.859.580	3,2%	> 2018 (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	<b>S</b>	
Incremento segnalazioni ADR	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2018	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	163	67.964	0,2%	≥ 5%	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	1.834	2.142	85,6%	≥ 80%	<b>Ø</b>	Percorso di
	% PT verificati sul totale PT	N° PT verificati	N° totale di PT	11.232	11.776	95,4%	100%	8	avvicinamento al risultato atteso
Incremento utilizzo farmaci biosimilari	%DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore) sul totale DDD enoxaparina	DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore)	Totale DDD Enoxaparina	20.797.282	21.882.522	95,0%	≥ 80%	<b>S</b>	
<b>Y</b>	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive				31	≥ 3	<b>Ø</b>	
Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta di classe A con brevetto scaduto	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta 2019	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta 2018	13.277.514	13.037.240	1,84%	> 3% rispetto al 2018	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di	% 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	489.892.565,85	583.438.888,52	84%	>2018 (96,6%)	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
classe A con brevetto scaduto	incremento DDD/1000 da/die farmaci a brevetto scaduto	DDD/1000 da/die 2019- 2017	DDD/1000 da/die 2017	60	1.282	4,7%	> 20%	8	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
	% N. di reportorio fatture elettroniche DM su numeri di reportorio flusso consumi DM	N. di reportorio fatture elettroniche DM	N. di reportorio flusso consumi DM	15.461	19.380	79,8%	≥ 75%	•	
Numeri di Repetorio DM	% N. di reportorio flusso consumi DM e flusso contratti DM con riferimento ai contratti attivi 2019 sul totale n. di reportorio flusso consumi DM	N. di reportorio flusso consumi DM e flusso contratti DM con riferimento ai contratti attivi 2019	Totale n. di reportorio flusso consumi DM	15.461	15.461	100,0%	≥90%	•	
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 coretti 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'implemetazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovracitate.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore			5 RELAZIONI	Relazione	•	
Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante l'attività della commissione dei DM in merito:  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			5 RELAZIONI	Relazione	•	
Riduzione conusmo antibiotici su tutti i canali distributivi	Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2019) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2018)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2018)	12.397.306,53	12.619.135,91	-1,8%	- 6% [Tolleranza 20%]	<b>Ø</b>	Ob. Raggiunto tolleranza 10%



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	%	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Rispetto del tetto della spesa DM (4,4% FSN da lettera b) art. 9- ter Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125)	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019		103.326.891	103.912.402	-0,6%	< 2018	<ul><li>☑</li></ul>	
Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7,96% FSN)	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili" [Vincolante]	Spesa farmaceutica convenzionata 2019		214.714.096,1	218.854.287,0	-1,9%	≤ 2018	•	
Rispetto del tetto di spesa per ossigeno (Tetto 0,20% FSN)	Valore economico della spesa per ossigeno 2019	Valore economico della spesa per ossigeno 2019		2.797.849	2.879.076	2,9%	≤ 2018 +1%	<b>&amp;</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso
Rispetto del tetto spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSN)	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A) (Vincolante)	Spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A)		272.962.450	266.775.845	2,3%	-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018	•	Ob. Raggiunto tolleranza5%
Rispetto della compilazione	% trattamenti chiusi su trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi [Vincolante]	N° trattamenti chiusi (compliazione scheda fine trattamento)	N° trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi		Dato non disponibile	non valutabile	90% [Tolleranza 20%]	<u> </u>	
Registri AIFA	N° dispensazioni farmaci registri AIFA [Vincolante]	N° totale richeste farmaci registri AIFA				100,0%	100%	<b>②</b>	
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 effetuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	3.025,00	44.043,00	0,07	≥ 3%	•	



## INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio- sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		9.612	202.571	47,45	≥ 41 x 1000 (≥ 8.320 assistiti)	<b>②</b>	
Assistenza residenziale	Richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE) (Da rendicontare tramite reportistica da inviare alla P.F. HTA e Tecnologie Biomediche entro 31/05/2020)	N. richieste di dimissioni protette informatizzate (mediante sistema informativo per la rete del territorio SIRTE nel 2019)	N. totale delle richieste di dimissioni protette nel 2019	6.217			> 90%	<b>⊗</b>	
Assistenza semi- residenziale	Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili	Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili	Giornate di assistenza per attività semiresidenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici residenti in regione		248.393		≥ 140.000	<b>⊗</b>	
Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia	N. contatti con i DSM per soggetti residenti di età $\geq 18$ anni			21.412	21.850	-438	> 21.850	8	Risultato conseguente alla scelta dell'assistito
psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni (Vincolante)	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	165	2.429	6,8%	≤ 5%	<b>Ø</b>	Ob. Raggiunto tolleranza 10%



# LISTE DI ATTESA

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Attivazione dei percorsi PIC in diagnostica per immagini per la gestione dei controlli: senologia	Pazienti con prestazione di diagnostica per immagini senologica (ecografia / mammografia) successiva con prenotazione in agenda PIC	Numero utenti con prenotazione di prestazione di diagnostica per immagini senologica in agenda PIC radiologica				NON VALUTABILE per mancanza integrazione CUP IIS	> 500 al 31/12/2019	•	Carenze strutturali
Omogenizzazione della produttività in	Definizione, in accordo con i Direttori delle UUOO coinvolte di analisi di produttività in almeno due discipline con definizione di uno standard condiviso	Relazione sull'analisi della produttività e del percorso di omogenizzazione aziendale				RRELAZIONE	Relazione	<b>o</b>	
ambito aziendale	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità					100,0%	100%	<b>Ø</b>	
Operatività dei percorsi di presa in carico del paziente da parte del medico specialista	Disponibilità di slot dedicati per le prestazioni successive a tutte le visite specialistiche comprese tra le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA, per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow-up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale- Territorio attestante la disponibilità di slot per la presa in carico nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV					Pubblicazio ne dell'indicato re sul sito web aziendale con aggiorname nto costante	8	
	Pazienti con seconda prestazione dopo prima visita entro 30 giorni con DEMA emessa dallo specialista	Numero di pazienti con prestazione di controllo dopo prima visita entro 30 giorni con DEMA emessa dallo specialista	Numero di pazienti con seconda prestazione dopo prima visita	204.127	331.792	62%	> 2018	<b>S</b>	
	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/classe priorità	N.totale di prestazioni richieste			94,0%	>90%	<b>Ø</b>	
	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	34.676	36.903	93,97%	>90%	<b>(</b>	
	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	39.511	42.023	94,02%	>90%	<b>©</b>	
OTTIMIZZAZIONE OFFERTA	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	36.348	38.987	93,23%	>90%	<b>()</b>	
AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	45.062	48.617	92,69%	>90%	<b>(</b>	
attesa: Obiettivo obbligatorio	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni:  - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica;  - mammografia;  - TAC torace;  - ecocolordoppler tronchi sovraortici;  - ecografia ostetrico ginecologica;  - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	28.155	29.652	94,95%	>90%	<b>S</b>	
	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni:  - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica;  - mammografia;  - TAC torace;  - ecocolordoppler tronchi sovraortici;  - ecografia ostetrico ginecologica;  - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	41.468	39.281	94,73%	>90%	<b>©</b>	



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale	% di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	Numero di posti/settimana medi disponibili nell'ultimo quadrimestre 2019	Numero di posti/settimana medi disponibili all'ultimo quadrimestre 2018, per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	22.128	22.855	0,97	>0	<b>Ø</b>	
sottoposte a monitoraggio	Posti a CUP per prestazioni BPD delle prestazioni monitorate (incluso privato accreditato)	Numero posti/mese disponibili medi sull'ultimo quadrimestre 2019	> Numero posti/mese disponibili medi sull'ultimo quadrimestre 2018	49.377	56.145	0,88	>0	<b>Ø</b>	
Ottimizzazione offerta: attivazione/completa mento delle agende dedicate al follow-up	massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità P	garantite entro i tempi	Numero totale di prestazioni per classe di priorità P	64.508	73.906	87,28%	90% entro il 31/03/2019	<b>&amp;</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso



## **FLUSSI INFORMATIVI**

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019	ASUR % raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17	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 (disaggregati per Area Vasta) attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali 2018, con i quantitativi di ordini e fatture distinti per codici prodotto e per codici ORPS nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		4.992	5.567	89,67%	≥70%	<b>⊗</b>	
Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata	Coerenza trimestrale tra valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H e valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE BA0040	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE (BA0040)			100,0%	Tra 97% e 103%	<b>©</b>	
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 2019 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2019			100%	100%	<b>Ø</b>	
Completezza Tabella 1C. Bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. 1C.bis su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. 1C.bis	Num. Totale strutture private accreditate			100,0%	100%	<b>②</b>	
Flusso FAR; Utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014, DGR 139/2016 e DGR 746/2016)	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR				L'adozione nel 2018 del nuovo sw regionale SIRTE comporta che tutti i pazienti siano valutati con il sistema RUG.	100%	<b>②</b>	
Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)				100%	100%	<b>Ø</b>	
Garantire completezza	Registrazione schede cause di morte anno 2017	Numero schede cause di morte registrate anno 2017	Numero totale schede cause di morte anno 2017	11.429	11.429	100,0%	100%	<b>S</b>	
dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionae (anno 2018)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2018)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2018)				100%	<b>Ø</b>	



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019	ASUR % raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
	Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa 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	19.516,00	18.860,00	103,5%	Valore compreso tra 80 e 120	<b>Ø</b>	
	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	12.056,00	11.076,00	1,09	Valore compreso tra 80 e 120	<b>⊘</b>	
	Avvio del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici	Avvio del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici				avvio prorogato a febbraio 2020	Avvio dal 01/10/2019	<b>Ø</b>	
	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voce B.1.A.3.1)	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	68.394.388	76.550.200	89,35%	<u>&gt;</u> 90%	<b>⊘</b>	
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito	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	8.080	8.081	99,99%	Valore compreso tra 90 e 100	<b>Ø</b>	
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	299.445,00	324.996,00	92%	Valore compreso tra 90 e 100	<b>Ø</b>	
	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	320.315,00	324.996,00	0,99	Valore compreso tra 90 e 110	<b>⊘</b>	
	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 presenti nel Modello STS11	7,00	7,00	1,00	100%	<b>Ø</b>	
	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-modifcazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero totale di record inviati	21.406,00	21.416,00	100%	Valore compreso tra 90 e 100	<b>©</b>	



Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore  Ritardo medio di pagamento	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019	ASUR % raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Garantire il rispetto dei	Indicatore di tempestività dei pagamenti	delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente				-9,07	<= 0	<b>Ø</b>	
tempi di pagamento	Tempo medio di pagamento delle fatture	Tempo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi				gg -0,9	Rispetto del c. 865 1.145/2018	<b>Ø</b>	
Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi)in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2018	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 e s.m.i. censite nei nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, comma 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 e s.m.i. collaudate nell'anno 2019			100,0%	100%	<b>②</b>	
Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti				100%	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogra mma	<b>②</b>	
	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018 secondo le scadenze previste dalla stessa DGR	SDO (13 invii per AV) 118 (12 invii per AV) PS (12 invii per AV) SIAD (4 invii per AV) FILE C (12 invii per AV)				100%	100%	<b>©</b>	



# RISORSE UMANE

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione De nominatore	ASUR Valore Numeratore 2019	ASUR Valore Denominatore 2019		Asur Valore atteso 2019	ASUR % raggiung 2019	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture	Riduzione numero Strutture Ospedaliere Complesse	(N. SOC al 31/12/2019) - (N.SOC al 31/12/2018)				lettera prot. ASUR DG P n.26608 del 22/06/2020	-5	<b>⊘</b>	
universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero SOS	(N. SOS al 31/12/2019) - (N.SOS al 31/12/2018)				lettera prot. ASUR DG P n.26608 del 22/06/2020	-30	<b>⊘</b>	
Riduzione precariato	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD (vincolante)	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2019 - N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) / (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) [Le stabilizzazioni ex DGR 770/2017 effettuate nel 2018 sono da intendersi come UE a TD]		-272,67	1471,9	-18,53%	- 2,5% rispetto al 2018	<b>⊗</b>	
Attuazione piano assunzioni	Documentazione inviata alla Direzione ASURattestante l'avvenuta attuazione del piano assunzioni entro la data stabilita	come on a ray				La documentazione circa l'attuazione del PTFP è stata inviata da parte delle AAVV.	Documentazi one inviata entro il 31/01/2020	<b>②</b>	
Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2019/2021					Il rispetto del costo del personale per l'anno 2019 è indicata nel programma triennale del fabbisogno del personale anni 2019- 2021 approvato con det.ASURDG n.679/2019.	Fabbicomo	<b>©</b>	



# ATL

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	ASUR Valore Numerato re 2019	ASUR Valore Denominato re 2019	ASUR Valore Indicatore 2019	Asur Valore atteso 2019		MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di bandi avviati nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	Numero totale degli intervent progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019			100,0%	100%	<b>Ø</b>	
	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	Numero totale degli intervent progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019			100,0%	100%	<b>⊘</b>	
Efficacia ed efficienza del	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina					100,0%	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina	<b>Ø</b>	
processo di budgeting	Ribaltamento ai Responsabili di CDR degli obiettivi economici e sanitari della Direzione di AAVV					95,0%	Ribaltamento di almeno il 90% degli indicatori	<b>(S)</b>	
	I) Invio questionario ANAC     per la predisposizione della     Relazione annuale sull'attività     di prevenzione della					Questionario compilato e inviato	Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC	<b>Ø</b>	
Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente"      **Trasparente**  **					2 Report compilati e inviati	Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2020	<b>②</b>	
	Adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.I. di competenza dell'AV					Dati pubblicati sul sito "Amministrazione Trasparente"	Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia	<b>Ø</b>	
	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2019					Mappatura rischio aggiornata	Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2019	<b>Ø</b>	



# TESSERA SANITARIA –RICETTA DEMATERIALIZZATA –FASCICOLO SANITARIO

Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Numeratore	Denominatore	Indicatore 2019	Valore atteso 2019	% raggiung	MOTIVAZIONI SCOSTAMENTI
Alimentazione del Fascicolo Sanitario	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenco per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati			4.084		> 310.000 (inclusi MMG/PLS)	8	Risultato conseguente alla scelta dell'assistito
Elettronico	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda	Numero anagrafiche non certificate MEF in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	813	1.444.248	0,00	< 4%	<b>Ø</b>	
Costituzione nucleo	Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE			La fornitura del sistema unico ospedaliero aziendale, predisposto per la produzione dei documenti nel formato richiesto, è stata aggiudicata in data 06/03/2020	non valutabile	> 5000		
minimo FSE	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE			La fornitura del sistema unico ospedaliero aziendale, predisposto per la produzione dei documenti nel formato richiesto, è stata aggiudicata in data 06/03/2020	non valutabile	> 80.000	()	
Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore	Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione ed eventuale restituzione dei presidi di protesica maggiore	N. autorizzazioni informatizzate di presidio di protesica maggiore con sistema SIRTE (anno 2019)			20561		> 20.000 (minimo 1000 per ogni AV)	•	
Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati	N.ro delle richieste informatizzate di trasporto programmato effettuate dai prescrittori con sistema SIRTE (anno 2019)	Totale delle richieste di trasporto programmato gestite (anno 2019)		131.825	131.825	100,0%	> 25% [Tolleranza 20%]	<b>Ø</b>	
Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMGPLS e dagli specialisti) - Produzione	% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (Vincolante)	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	14.140.827	15.949.253	88,7%	≥ 90%	<b>②</b>	Ob. Raggiunto tolleranza 10%
Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione	% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	Nº ricette dematerializzate di specialistica trasmesse via comma 11 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 11	1.939.515	21.278.689	9,1%	<10%	<b>Ø</b>	
Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (Vincolante)	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	4.730.083	4.846.851	97,6%	≥ 75%	<b>②</b>	
Produzione e trasmissione del 90% dei referti di laboratorio in formato CDA2 al Sistema FSE	Produzione e trasmissione (metadati) dei referti di laboratorio al Sistema FSE	N.ro dei referti di laboratorio prodotti e trasmessi (metadati) al Sistema FSE	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2019			62,84%	90% (incluse le strutture private accreditate)	<b>⊗</b>	Percorso di avvicinamento al risultato atteso