



seduta del
<u>12/03/2020</u>
delibera
<u>317</u>

pag.
1

DE/PR/SAS 0 NC  
 Oggetto: Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2020

Prot. Segr. 336

Giovedì 12 marzo 2020, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, convocata d'urgenza.

Sono presenti:

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| - LUCA CERISCIOLI     | Presidente     |
| - ANNA CASINI         | Vicepresidente |
| - MANUELA BORA        | Assessore      |
| - LORETTA BRAVI       | Assessore      |
| - FABRIZIO CESETTI    | Assessore      |
| - MORENO PIERONI      | Assessore      |
| - ANGELO SCIAPICHETTI | Assessore      |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta, in assenza del Segretario della Giunta regionale, la sostituta Nadia Giuliani.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.  
 La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

### NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2020.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla Posizione di Funzione Controllo atti ed attività ispettiva, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'art. 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del dirigente della Posizione di Funzione Posizione di Funzione Controllo atti ed attività ispettiva e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione)

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità, di cui all'articolo 16, comma 1, lettera b) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20.

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

- di approvare i criteri per l'anno 2020 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, dell'INRCA, dal Direttore del DIRMT, contenuti negli allegato A) alla presente deliberazione, che ne forma parte integrante e sostanziale.
- di stabilire che i target indicati nei criteri di valutazione, di cui al punto precedente, verranno riaggiornati entro giugno 2020, a seguito delle azioni poste in essere per la gestione dell'epidemia COVID-19.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Deborah Giraldi

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Gli obiettivi sanitari vengono definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base delle attività programmatiche e di rilievo per la sanità regionale. In particolare la definizione degli indirizzi e degli obiettivi di budget è rivolta a dare i necessari input attuativi per accelerare l'implementazione delle azioni di sviluppo del sistema socio-sanitario, attraverso l'individuazione delle linee prioritarie di intervento.

Gli Enti del SSR e il DIRMT sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA ed hanno l'obbligo di ottemperare alle disposizioni stabilite dal MEF, dal Ministero della Salute e dalla Regione, per soddisfare gli adempimenti previsti dalla normativa vigente. Il rispetto degli adempimenti, a tutti i livelli istituzionali, costituisce un obiettivo fondamentale sia della Regione verso il livello centrale nazionale, sia degli Enti del SSR verso la Regione. Il mancato rispetto degli adempimenti verso il livello centrale nazionale comporterebbe, infatti, una decurtazione della quota di riparto del FSN fino al 3% dell'importo spettante alla Regione, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario.

A partire dal 2020, la verifica degli adempimenti LEA non sarà più effettuata attraverso la Griglia LEA ma, anche coerentemente con quanto stabilito dal nuovo Patto per la Salute 2019-2021, attraverso il rispetto degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Infatti il nuovo Patto per la Salute 2019-2021 (rep atti n. 209/CSR 18 Dic. 2019) ribadisce la necessità di garantire i LEA, nonché l'importanza degli strumenti per il monitoraggio e la valutazione della loro erogazione. In particolare, il quinto capoverso della "scheda 2" "Garanzia dei LEA", stabilisce che *"Dall'anno 2020, il Comitato Lea effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei Lea. Sulla base di tale monitoraggio, da effettuarsi perentoriamente entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento:*

- a) anche in situazioni di sufficienza nei 3 macro-livelli, il Comitato Lea, nell'ambito del sistema adempimenti, segnala le eventuali carenze rilevanti da qualificare come impegni;*
- b) ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la regione a presentare, entro un termine congruo in relazione alla criticità e comunque non superiore a trenta giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere. Il piano dovrà prevedere gli interventi di risoluzione delle criticità nell'ambito della sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale interessato. Tale piano, denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", è valutato nei successivi trenta giorni dal Comitato Lea in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato Lea, il Ministro della salute, avvalendosi degli Enti vigilati, ciascuno per l'ambito di propria competenza, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi trenta giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato Lea. La valutazione da parte del Comitato Lea deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005".*

Inoltre il Patto precisa che *"Qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro."*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il Patto per la Salute inoltre stabilisce che *“Resta inteso che l'assolvimento del debito informativo nei flussi correnti NSIS, quale garanzia di copertura delle informazioni necessarie per il Nuovo Sistema di Garanzia da parte di tutte le Regioni e le Province Autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori del NSG.*

*Come sviluppo futuro da attuarsi a partire dall'anno 2020, si prevede di assegnare progressivamente un valore in riduzione agli indicatori del NSG qualora i dati di riferimento della Banca Dati NSIS non raggiungano i livelli di qualità e completezza richiesti.”*

Tra le ultime precisazioni in materia di Garanzia dei Lea il Patto recita. *“Si conviene, in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN, fermo restando al 5% il parametro finanziario di cui all'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia 3%. Le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia sono definite con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la conferenza Stato Regioni. Il precitato comma 77 dell'art. 2 della L. n. 191 del 2009 è integrato conformemente a tale previsione.”.*

La scelta dei criteri di valutazione degli obiettivi economici e sanitari delle Direzioni, approvati con la presente deliberazione, risulta coerente con la più recente normativa nazionale e regionale, orientata all'appropriatezza e all'efficienza, nonché al perseguimento dei maggiori livelli qualitativi nell'erogazione di prestazioni e servizi.

Appare opportuno ricordare che il nuovo contratto stipulato con i Direttori degli Enti del SSR, giuste DDGR nn. 1424/2019, 1425/2019, 1426/2019, 1427/2019, rettificato con DGR n.1534/2019, prevede che ciascun Direttore Generale si impegni a dare attuazione agli obiettivi stabiliti nel Piano Socio-Sanitario Regionale e nell'Atto Aziendale nonché agli obiettivi specifici stabiliti annualmente dalla Giunta regionale. Inoltre, il Direttore generale risponde alla Giunta regionale del raggiungimento degli stessi obiettivi, dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa, nonché della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate.

Il nuovo contratto prevede inoltre la decadenza automatica dall'incarico nelle ipotesi di:

- mancato raggiungimento dell'equilibrio economico – finanziario, ai sensi del combinato disposto degli articoli 3, comma 2, lett. c), della legge n. 405/2001 e 52, comma 4, lett. d), della legge n. 289/2002. Per equilibrio economico - finanziario deve intendersi il rispetto dei vincoli economici contenuti nel documento di budget, sottoscritto annualmente da ciascuna Azienda ed adottato dalla Giunta regionale con specifica deliberazione;
- mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali ai sensi del comma 7 bis dell'articolo 3 bis del decreto legislativo n. 502/1992;
- mancata trasmissione del piano di rientro alla regione ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro ai sensi dell'art. 1 comma 534 della legge 28 dicembre 2015;
- mancata rimozione delle cause di incompatibilità previste dal decreto legislativo n. 39/2013, sopravvenute nel corso del rapporto di lavoro disciplinato dal presente contratto, entro 15 giorni dalla loro contestazione scritta da parte del responsabile del piano anticorruzione, secondo quanto previsto dall'articolo 19 del decreto legislativo n. 39/2013;

Costituisce infine **causa di decadenza il mancato rispetto dei contenuti e dei termini relativi ai flussi informativi compresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario** e richiamati dall'articolo, 3 comma 8, dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni. In tal caso, la decadenza non opera automaticamente.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La Regione contesta l'inadempimento per iscritto concedendo un termine per la trasmissione di dati ed eventuali giustificazioni da parte del Direttore generale. Decorso il predetto termine la Regione provvede a pronunciare l'eventuale decadenza dall'incarico.

Saranno gli indicatori del cosiddetto "core" del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG (ex D.M. 12 marzo 2019), come esplicitato nella scheda 2 del nuovo Patto per la Salute sopra citato, i principali obiettivi di valutazione L'NSG si caratterizza per la valutazione distinta delle tre macro aree assistenziali: Area della Prevenzione, Area Distrettuale ed Area ospedaliera e dell'Emergenza-urgenza.

Pertanto gli obiettivi sanitari per i Direttori degli Enti del SSR atterranno le medesime aree assistenziali, attraverso gli indicatori previsti dal NSG, i quali vengono utilizzati ai fini della valutazione delle Direzioni di ciascun ente, in quanto considerati sensori indispensabili nella misurazione della buona qualità assistenziale.

Gli obiettivi sono inoltre orientati a favorire l'attuazione di tutte le misure necessarie al mantenimento del posizionamento regionale tra quello delle regioni di riferimento, ai fini della determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario.

Infine gli obiettivi devono essere intesi come finalizzati al consolidamento delle risposte assistenziali qualificate ma anche orientati, grazie alle maggior risorse assegnate, allo sviluppo di azioni sanitarie e socio-sanitarie le quali devono necessariamente condurre ad una risposta ancor più adeguata ai mutati e nuovi bisogni assistenziali emergenti, nonché ad affrontare tutte le situazioni di criticità, sia in termini sanitari che economici, necessariamente da colmare, nel rispetto del DPCM LEA 2017 e di tutti gli atti di programmazione regionale poichè tuttora presenti in specifiche aree di attività ed in misura diseguale nei diversi territori regionali, In particolare si intende richiamare gli Enti al rispetto e alla applicazione delle delibere susseguitesi nell'ultima annualità e alle nuove delibere che si renderanno necessarie, i cui effetti diventeranno oggetto di monitoraggio e valutazione cui la Regione verrà sottoposta con il Nuovo Sistema di Garanzia, quale metodo di verifica dei LEA. L'ampiezza degli obiettivi e degli indicatori formulati per la valutazione delle Direzioni tiene conto della necessità di cogliere il maggior numero dei fenomeni che insistono sulle condizioni di erogazione di servizi e prestazioni a favore dei cittadini.

Con DGR 1674 del 30/12/19 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2020" sono state assegnate le risorse per garantire i LEA della nostra Regione e dar corso all'attuazione delle principali indicazioni sui versanti sanitari e socio sanitari, nonché nella sfera degli investimenti.

La DGR 1674/19 dispone che il totale dei costi, al netto degli scambi infragruppo, autorizzato con la Gestione Provvisoria 2020 agli Enti del SSR e al DIRMT è pari a:

- ASUR Euro 2.364.767.554; i costi autorizzati ad ASUR sono comprensivi della mobilità passiva interregionale e internazionale stimata pari a Euro 177.83 I.431;
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona, Euro 401.315.603;
- AO Ospedali Riuniti Marche Nord, Euro 228.455.696;
- INRCA POR Regione Marche, Euro 82.410.702.

Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti, autorizzato con la Gestione Provvisoria 2020 agli Enti del SSR e al DIRMT, è pari a: ASUR Euro 17.000.000; AOU Ospedali Riuniti di Ancona Euro 4.000.000; AO Ospedali Riuniti Marche Nord Euro 2.000.000; INRCA POR Regione Marche Euro 1.500.000.

**Tutti gli obiettivi ed indicatori di valutazione dei Direttori degli Enti del SSR e del DIRMT che sono richiamati nell'Allegato A e a cui deve essere data attuazione, devono essere garantiti con le risorse assegnate con la predetta DGR.1674/19.**

Nell'Allegato A sono riportati gli Obiettivi Sanitari ed Economici assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2020, che risultano quindi collegati:

- agli obiettivi stabiliti in termini di adempimenti assegnati dai Ministeri della Salute e dell'Economia



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, con particolare attenzione alla qualità, completezza e tempestività nell'invio dei flussi informativi obbligatori ed agli obiettivi della "Nuovo Sistema Di Garanzia";

- al rispetto dei principi di cui al Nuovo patto per la Salute 2019-2021;
- al rispetto del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2020-2022;
- agli impegni previsti dal Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70;
- alle azioni finalizzate al mantenimento del posizionamento regionale tra quello delle regioni "benchmark" per la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, di cui al Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
- al rispetto dei vincoli e delle condizioni stabilite per evitare il ricorso ai piani di rientro aziendale di cui all'articolo 1, comma 524 e ss., della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici, di cui al Decreto 21 giugno 2016;
- al rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, ai sensi di quanto stabilito al comma 865 dell'articolo 1 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

Nel corso del primo incontro del Coordinamento Enti del 20/01/2020 sono state presentate le modalità che verranno seguite a partire dal 2020 per la selezione del NSG, con particolare riferimento all'Area Ospedaliera e sono state inviate agli Enti le valutazioni relative al NSG della nostra regione, relative agli anni 2016 e 2017 (già pubblicate) e del 2018, ancora in fase di verifica e valutazione dal Ministero.

Si sono quindi tenuti incontri sui flussi per la garanzia degli stessi nel rispetto dei tempi e completezza.

Nell'incontro del coordinamento Enti del 10/02/2020 sono state proposte le metodologie e gli indicatori per la parte economica, con particolare attenzione all'area della farmaceutica e dei dispositivi medici e per la parte sanitaria all'area ospedaliera. Tutti gli obiettivi, gli indicatori con i relativi target, insieme ai criteri di raggiungimento degli stessi ed alle modalità di attribuzione dei punteggi, sono stati infine discussi e concordati nell'incontro del coordinamento Enti del 17/02/2020.

Per tutto quanto sopra, si propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

La sottoscritta, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento  
Anna Maria Lelii

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F.**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, ne propone l'adozione alla Giunta Regionale, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della D.G.R. 64/2014.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITÀ'**

Lucia Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. <sup>27</sup> pagine, di cui n. <sup>20</sup> pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta

(Deborah Giraldi)

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato A*

L'allegato consta di due parti: la prima riguarda le azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico e si riferisce a settori trasversali quali farmaceutica, dispositivi medici, personale, investimenti, etc

In particolare si pone l'accento sulla corretta gestione della farmaceutica su cui la regione deve fare un ulteriore sforzo per migliorare la propria performance, nello specifico per quanto attiene la "diretta" su cui insiste la parte ospedaliera., senza tralasciare il lavoro di efficientamento sul sistema della farmaceutica territoriale e dei Dispositivi Medici

La seconda parte riporta, per ogni Area principale dei LEA, gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e le attività previste per una buona qualificazione dell'erogazione dei LEA le quali devono essere attuate grazie alle risorse assegnate con Budget provvisorio di cui alla DGR n 1674 del 30/12/2019 e di cui si valuterà l'applicazione attraverso opportuni indicatori di seguito esplicitati.

**Conditio sine qua non per l'accesso alla valutazione sia della componente economica che è pari a 50 punti sia della parte sanitaria anch'essa pari a 50 punti è il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio ed il rispetto del tetto del personale, di cui alla DGR 115/2020.**

**PARTE I - Obiettivi economici punteggio totale 50 punti**

Le azioni da effettuarsi per garantire il rispetto del vincolo economico riguardano i seguenti settori.

Si sottolinea che, in relazione agli obiettivi stabiliti, le risorse derivanti dall'efficientamento conseguito dagli Enti saranno a disposizione degli stessi per azioni a garanzia dei LEA.

• **Rispetto dei tempi di pagamento.**

I criteri di valutazione del presente obiettivo sono stabiliti ai sensi dell'articolo 1, comma. 865 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), il cui contenuto viene di seguito riportato:

*"Per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le Regioni e le Province Autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi, inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%.*

*La predetta quota dell'indennità di risultato:*

a) **non è riconosciuta** qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 % del debito commerciale residuo;

b) **è riconosciuta per la metà** qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;

c) **è riconosciuta per il 75 %** qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;

d) **è riconosciuta per il 90 %** qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni."

Si stabilisce che la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo è pari al 50%.

• **Farmaceutica: 20 punti**

**20 punti per AOU O. Riuniti, AO M. Nord ed INRCA per la riduzione della spesa farmaceutica acquisti diretti; per ASUR 15 punti per la riduzione della spesa farmaceutica acquisti diretti e 5 punti per la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata).**

Per la miglior Governance dell'area della farmaceutica si sono svolti nel corso del 2019 numerosi incontri con le direzioni aziendali da cui è emerso un approfondimento tecnico che ha orientato gli Enti del SSR allo sviluppo di azioni di efficientamento condivise per l'anno 2020 ed anni seguenti e per le quali gli Enti si sono impegnati ad attivarsi entro il 31 Dicembre 2019.

Le azioni poste in atto per la Governance della farmaceutica, avranno un monitoraggio mensile considerato l'impatto economico di rilievo che le hanno caratterizzate, dando coerenza all'identico monitoraggio mensile effettuato dal MEF nei confronti delle regioni.

Le Azioni che pongono in essere le Aziende sono tra loro coerenti e sono state indicate dalle Direzioni degli Enti del SSR che, ciascuno per la propria parte, contribuisce in base alla specificità ospedaliera e/o territoriale.

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>AI - SPESA FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI</b>		<b>ASUR</b>	<b>AOU Riuniti Ancona</b>	<b>AO Marche nord</b>	<b>INRCA</b>
<b>SUB Totale recupero farmaceutica</b>		<b>-16.500.000,00</b>	<b>-2.215.000,00</b>	<b>-810.000,00</b>	<b>-75.000,00</b>
a1.1	Risparmio nuova gara Distribuzione Per Conto (DPC) per compartecipazione (aggiudicazione marzo 2020)	-2.000.000,00	/	/	/
a1.2	Azioni per l'appropriatezza prescrittiva antibiotici	-500.000,00	/	-10.000,00	-20.000,00
a1.3	Azioni per l'appropriatezza prescrittiva di farmaci biosimilari (DGR 1764/2018)	-12.000.000,00	-725.000,00	-800.000,00	-15.000,00
a1.4	Predisposizione Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO) aziendale	-2.000.000,00	/	/	-20.000,00
a1.5	Appropriatezza utilizzo Ossigeno in ambito ospedaliero	/	/	/	-20.000,00
a1.6	Azioni per l'appropriatezza prescrittiva farmaci innovativi e ad alto costo	/	-740.000,00	/	/
a1.7	Azioni per l'appropriatezza prescrittiva farmaci	/	-750.000,00	/	/

Gli Enti sono liberi di scegliere i farmaci (l'AIC) su cui intervenire, ma dovranno dimostrare mensilmente la riduzione del consumo e a fine anno il raggiungimento dell'obiettivo. **Il raggiungimento degli obiettivi da a1.1 ad a1.7 (laddove assegnato) comporta il riconoscimento di 20 punti per AOU O. Riuniti, AO M. Nord ed INRCA e di 15 punti per ASUR.**

Per quanto attiene la spesa farmaceutica convenzionata la stessa concorre a raggiungere l'obiettivo di efficientamento del sistema e riguarda sia l'ASUR per le azioni specifiche proprie (governo dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG, PLS e specialisti del territorio) sia gli altri Enti (Aziende Ospedaliere ed INRCA) per le azioni da mettere in campo al momento delle dimissioni dei pazienti dai propri stabilimenti ospedalieri, evitando che sul territorio si ripercuotano le scelte in termini di farmaci prescritti dallo specialista ospedaliero che dovrà garantire la prescrizione dei farmaci più appropriati (es. biosimilari a minor costo vs originator).

Sarà lo specialista alla dimissione a garantire la Distribuzione diretta dei farmaci post visita e post ricovero per tutte le discipline.

<b>A2 - SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA</b>		<b>ASUR</b>	<b>AOU Riuniti Ancona</b>	<b>AO Marche nord</b>	<b>INRCA</b>
<b>SUB Totale recupero farmaceutica</b>		<b>-17.848.000,00</b>	<b>/</b>	<b>/</b>	<b>/</b>
a2.1	Prescrizione di farmaci per cronici con confezioni contenenti almeno 28 unità posologiche in luogo di 14	-2.600.000,00	/	/	/
a2.2	Aumento della distribuzione diretta dei farmaci in classe A erogabili in convenzionata, fino ad un target minimo per disciplina (post visita, post ricovero e residenzialità)	-1.500.000,00	/	/	/
a2.3	Incremento della distribuzione diretta dei farmaci post visita e post ricovero almeno in una struttura privata per Area Vasta	-1.000.000,00	/	/	/



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

a2.4	Riduzione delle prescrizioni di MMG/PLS/Specialisti qualora si registri una spesa media per assistito superiore alla seconda deviazione standard (di cui al Verbale del comitato regionale di medicina generale del 16/04/18)- (obiettivo riduzione del 70%)	-1.348.000,00	/	/	/
a2.5	Disposizioni volte alla riduzione della spesa per antibiotici (codice ATC J01)	-4.000.000,00	/	/	/
a2.6	Riduzione delle prescrizioni di MMG/PLS/Specialisti di altre categorie di farmaci con deviazione maggiore rispetto al dato nazionale	-7.400.000,00	/	/	/

Gli Enti sono liberi di scegliere i farmaci (l'AIC) su cui intervenire ma dovranno dimostrare mensilmente la riduzione del consumo e a fine anno il raggiungimento dell'obiettivo. **Il raggiungimento degli obiettivi da a2.1 ad a2.6 (laddove assegnato) comporta il riconoscimento di 5 punti per ASUR.**

**Tutte le azioni relative agli obiettivi sull'area della farmaceutica andranno considerate nella loro totalità ed il punteggio assegnato terrà in considerazione del risultato economico complessivamente raggiunto nell'area.**

• **Dispositivi medici: 10 punti**

Per la miglior Governance dell'area dei dispositivi medici si sono svolti nel corso del 2019 numerosi incontri con le direzioni aziendali da cui è emerso un approfondimento tecnico che ha orientato gli Enti del SSR allo sviluppo di azioni di efficientamento condivise per l'anno 2020 ed anni seguenti e per le quali gli Enti si sono impegnati ad attivarsi entro il 31 Dicembre 2019.

Le azioni poste in atto per la Governance dei dispositivi medici avranno un monitoraggio mensile considerato l'impatto economico di rilievo che le caratterizza.

Le Azioni che pongono in essere le Aziende sono tra loro coerenti e sono state indicate dalle Direzioni degli Enti del SSR che, ciascuno per la propria parte, contribuisce in base alla specificità ospedaliera e/o territoriale.

A3- SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI		ASUR	AOU Riuniti Ancona	AO Marche nord	INRCA
		-7.900.000,00	-850.000,00	-80.000,00	-25.000,00
a3.1	Revisione della spesa per dispositivi medici mediante programmazione dell'attività mensile	-5.600.000,00	/	/	/
a3.2	Revisione dell'utilizzo dei reagenti (controllo marcatori, vitamina D di cui alla DGR 1511/2019, ...)	-2.300.000,00	/	/	-15.000,00
a3.3	Efficientamento percorsi di approvvigionamento e utilizzo dei dispositivi medici	/	-850.000,00	-80.000,00	-10.000,00

Gli Enti sono liberi di scegliere i dispositivi su cui intervenire ma dovranno dimostrare mensilmente la riduzione del consumo e a fine anno il raggiungimento dell'obiettivo. **Il raggiungimento degli obiettivi da a3.1 ad a3.3 (laddove assegnato) comporta l'assegnazione di 10 punti per ciascun Ente del SSR.**

**Tutte le azioni relative agli obiettivi sull'area dei dispositivi medici andranno considerate nella loro totalità ed il punteggio assegnato terrà in considerazione del risultato economico complessivamente raggiunto nell'area.**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

• **Risorse umane: 5 punti**

Interventi volti alla riqualificazione organizzativa potranno essere svolti allo scopo di conseguire un efficientamento del sistema.

A4- SPESA PER PERSONALE		ASUR	AOU Riuniti Ancona	AO Marche nord	INRCA
	<b>Totale</b>	<b>- 5.300.000,00</b>	<b>-450.000,00</b>	/	/
a4.1	Omogeneizzazione degli standard assistenziali della dirigenza medica	-2.000.000,00	/	/	
a4.2	Omogeneizzazione degli standard assistenziali Infermieristici e rapporto Inf/Oss	-1.800.000,00	/	/	/
a4.3	Regolamentazione dell'utilizzo della mensa aziendale e assegnazione Buoni pasto	-500.000,00	/	/	/
a4.4	Revisione delle procedure per l'autorizzazione delle prestazioni aggiuntive	-1.000.000,00	-450.000,00	/	/

Il raggiungimento degli obiettivi da a4.1 ad a4.4 (laddove assegnato) comporta il riconoscimento di 5 punti per ASUR e AOU O. Riuniti.

Tutte le azioni relative agli obiettivi sull'area delle risorse umane andranno considerate nella loro totalità ed il punteggio assegnato terrà in considerazione del risultato economico complessivamente raggiunto nell'area.

• **Servizi appalti e noleggi: 5 punti per ASUR e AOU O.Riuniti e 10 punti per AO M.Nord ed INRCA**

A5- SERVIZI APPALTI E NOLEGGI		ASUR	AOU Riuniti Ancona	AO Marche nord	INRCA
	<b>Totale</b>	<b>- 900.000,00</b>	<b>-410.000,00</b>	<b>-115.000,00</b>	<b>-200.000,00</b>
a5.1	Azioni volte all'efficientamento per servizi, appalti e noleggi	- 900.000,00	-410.000,00	-115.000,00	-200.000,00

Il raggiungimento dell'obiettivo a5.1 (laddove assegnato) comporta il riconoscimento di 5 punti per ASUR e AOU O.Riuniti e 10 punti per AO M.Nord ed INRCA.

Tutte le azioni relative agli obiettivi sull'area dei servizi appaltati e noleggi andranno considerate nella loro totalità ed il punteggio assegnato terrà in considerazione del risultato economico complessivamente raggiunto nell'area.

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Sistema Tessera Sanitaria, Ricetta elettronica, Fascicolo Sanitario Elettronico: Punti 7**

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRC A	Punteggio massimo Enti SSR
<b>SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO</b>										
a.6.1	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate e di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 80% (inclusi MMG/P LS e specialisti convenzionati)	≥80%	≥80%	≥80%	2
a.6.2	Prescrizioni dematerializzate per la farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS e specialisti)		% ricette dematerializzate e di farmaceutica convenzionata	N° ricette dematerializzate di farmaceutica prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/P LS e specialisti convenzionati)	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	1
a.6.3	Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione		% ricette dematerializzate e di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialistica trasmesse via comma 5 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 5	< 5%	< 5%	< 5%	< 5%	2
a.6.4	Costituzione nucleo minimo FSE	Rilevazione ad hoc	Percentuale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Produzione totale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository nel 2020	Produzione totale di verbali di pronto soccorso nel 2020	10%	90%	90%	50%	0,5
a.6.5			Percentuale di lettere di dimissione archiviate nel repository (esclusi DH)	Produzione di lettere di dimissione archiviate nel repository nel 2020	Produzione di lettere di dimissione nel 2020	2,5%	5%	5%	5%	0,5
a.6.6			Produzione di referti di laboratorio firmati digitalmente	N.ro di referti di laboratorio firmati digitalmente nel 2020	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2020	90%	90%	90%	90%	0,5
a.6.7	Diffusione del FSE	FSE	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati nel 2020	> 50.000 (inclusi MMG/P LS) [Tolleranza 10%]	> 9.000 [Tolleranza 10%]	> 6.000 [Tolleranza 10%]	>1.500 [Tolleranza 10%]	0,5	

**Il raggiungimento di ciascun obiettivo, da a6.1 ad a6.7 comporta il riconoscimento di uno specifico punteggio per ogni Ente, pari al valore indicato nella colonna "Punteggio massimo Enti SSR" riportata nella tabella sovrastante.**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

• Investimenti: Punti 3

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA	Punteggio massimo Enti SSR
<b>INVESTIMENTI</b>										
a.7.1	Investimenti	Report annuale (allegato D del Bilancio)	Percentuale in valore degli investimenti realizzati nell'anno 2020 rispetto al finanziamento stanziato ai sensi dell'art. 29 comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 118 del 23/06/2011	Importo totale degli investimenti realizzati (con collaudo/verifica di conformità finale) nel 2020	Importo del finanziamento 2020 stanziato ai sensi dell'art. 29 comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 118 del 23/06/2011	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	1,5 (ASUR e AOU Ancona) 3 (AO M.Nord e INRCA)
a.7.2	Edilizia sanitaria - Asse 8 - POR-FESR 2014-2020 - Interventi di natura strutturale, o opere strettamente connesse, di adeguamento o miglioramento sismico e/o di efficienza energetica negli edifici pubblici	Rilevazione ad hoc	Nuova Palazzina Direzione Sanitaria, Direzionale ed Amministrativa dell'Ospedale Regionale di Torrette	Interventi su Nuova Palazzina Direzione Sanitaria, Direzionale ed Amministrativa dell'Ospedale Regionale di Torrette		NO	Indizione gara appalto entro il 31/12/2020; Spesa Certificabile nel 2020: € 250.000,00	NO	NO	1,5 (ASUR e AOU Ancona)
a.7.3			Conclusione dell'adeguamento sismico dell'ospedale regionale di Torrette relativo ai corpi L,N	Interventi per Conclusione dell'adeguamento sismico dell'ospedale regionale di Torrette relativo ai corpi L,N		NO	Indizione gara appalto entro il 30/09/2020; Spesa Certificabile nel 2020: € 500.000,00	NO	NO	
a.7.4			Palazzina SPDC Macerata; Palazzina Presidio Territoriale RSA di Corridonia	Interventi su Palazzina SPDC Macerata; Palazzina Presidio Territoriale RSA di Corridonia		Indizione gara appalto entro il 31/12/2020; Spesa Certificabile nel 2020: € 250.000,00 per ciascun intervento	NO	NO	NO	
a.7.5			Ospedale di Comunità (Casa della Salute) Montegiorgio	Interventi su Ospedale di Comunità (Casa della Salute) Montegiorgio		Indizione gara appalto entro il 31/12/2020; Spesa Certificabile nel 2020: € 270.000,00	NO	NO	NO	
a.7.6			P.O. di I livello Mazzoni di Ascoli Piceno	Interventi su P.O. di I livello Mazzoni di Ascoli Piceno		Indizione gara appalto entro il 31/12/2020; Spesa Certificabile nel 2020: € 200.000,00	NO	NO	NO	

Il raggiungimento dell'obiettivo a7.1 comporta il riconoscimento di 1,5 punti per ASUR e AOU O. Riuniti. e 3 punti per AO M.Nord ed INRCA.

Il raggiungimento degli obiettivi da a7.2 ad a7.6 (laddove assegnati) comporta il riconoscimento di 1,5 punti per ASUR e AOU O. Riuniti.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PARTE II-Obiettivi sanitari punteggio totale 50 punti**

Per gli Obiettivi sanitari ed il rispetto della completezza dei flussi informativi si richiama la causa di decadenza per il mancato rispetto dei contenuti e dei termini relativi ai flussi informativi compresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario e richiamati dall'articolo, 3 comma 8, dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni. In tal caso, la decadenza non opera automaticamente. La Regione contesta l'inadempimento per iscritto e prevede un termine per la trasmissione dei dati e di giustificazioni da parte del Direttore generale. Nei successivi quindici giorni la Regione provvede a pronunciare l'eventuale decadenza.

In coerenza con il Patto per la Salute che stabilisce ...*“Resta inteso che l'assolvimento del debito informativo nei flussi correnti NSIS, quale garanzia di copertura delle informazioni necessarie per il Nuovo Sistema di Garanzia da parte di tutte le Regioni e le Province Autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori del NSG. Ed in analogia con il documento frutto dell'accordo Stato-Regioni: a partire dall'anno 2020, si prevede di assegnare progressivamente un valore in riduzione agli indicatori del NSG qualora i dati di riferimento della Banca Dati NSIS non raggiungano i livelli di qualità e completezza richiesti.*

In particolare la Regione ritiene di penalizzare i risultati complessivi raggiunti dalle direzioni relativi agli indicatori sanitari se i dati conferiti alla banca dati regionale non rispettano le tempistiche previste dai DM di riferimento dei flussi con una decurtazione dei punteggi previsti per le aree prevenzione, distretto e ospedale.

Nel caso in cui gli Enti del SSR raggiungano tutti gli indicatori NSG “core” per ciascuna sezione, verranno assegnati dei punteggi aggiuntivi.

Per ogni Area principale dei LEA, sono di seguito riportati gli indicatori “core” del NSG a cui sono stati aggiunti gli indicatori, sia all'interno che all'esterno del sistema NSG, ritenuti indispensabili per il mantenimento ed il miglioramento della qualità assistenziale e da ultimo gli indicatori previsti dalle recenti deliberazioni che devono essere attuate grazie alle risorse assegnate con Budget provvisorio di cui alla DGR n. 1674 del 30/12/2019.

La sezioni “area prevenzione collettiva – indicatori NSG “core””, “area veterinaria e sicurezza alimentare - indicatori NSG “core””, “area distrettuale / territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria - indicatori NSG “core”” e “area ospedaliera - indicatori NSG “core””, includono indicatori singoli e compositi. Il raggiungimento di ciascun indicatore singolo o composito comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio per ogni ente, così come definito nella tabella 1. Nel caso in cui venissero raggiunti tutti gli indicatori NSG “core” per ciascuna sezione, è prevista l'attribuzione di uno specifico punteggio aggiuntivo per ogni ente, così come definito nella tabella 1.

Relativamente alle sezioni “area prevenzione collettiva – altri indicatori”, “area veterinaria e sicurezza alimentare – altri indicatori”, “area distrettuale / territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria – altri indicatori”, “area ospedaliera – altri indicatori” e “area trasfusionale”, il raggiungimento di determinati gruppi di indicatori, calcolato sulla percentuale di raggiungimento media dei vari gruppi, comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio, così come definito nella tabella 1.

- Una percentuale di raggiungimento inferiore al 100% su tutti i singoli indicatori NSG “core” preclude l'assegnazione dell'intero punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
  - Una percentuale di raggiungimento inferiore all'85% sui gruppi di indicatori preclude l'assegnazione dell'intero punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
  - Una percentuale di raggiungimento pari o superiore all'85% ed inferiore al 90% sui gruppi di indicatori determina l'assegnazione del 80% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
  - Una percentuale di raggiungimento pari o superiore al 90% ed inferiore al 95% sui gruppi di indicatori determina l'assegnazione del 90% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
  - Una percentuale di raggiungimento pari o superiore al 95% sui gruppi di indicatori determina l'assegnazione del 100% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- **Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ai sensi di quanto stabilito alla DGR 248/18 alle Direzioni generali degli Enti del SSR per la parte sanitaria la quota dell'indennità di risultato subirà un abbattimento come di seguito espresso:

- a) **non è riconosciuta** in caso di mancato rispetto delle scadenze temporali di invio dei flussi mensili (allegato A DGR 248/18) (12 mesi su 12 invii totali), trimestrali (3 trimestri su 4 invii totali), semestrali (2 semestri su 2 invii totali) ed annuali (1 annualità su 1 invio totale);
- b) **è decurtata in maniera proporzionale come da tabelle a) per i flussi mensili e b) per i flussi trimestrali, semestrali e c) per i flussi annuali, di seguito allegate;**

Tabella a) Decurtazione per Flussi Mensili (SDO + EMUR PS +EMUR 118, Farmaceutica, File C)

Numero mesi non inviati	Flussi Mensili (SDO + EMUR PS +EMUR 118, Farmaceutica, File C)		
	Decurtazione AUO Torrette e AO Marche Nord	Decurtazione ASUR	Decurtazione INRCA
1	1,0	0,5	1,0
2	2,5	1,0	2,0
3	5,0	1,5	4,5
4	7,5	2,4	6,5
5	10,0	3,4	8,5
6	13,5	5,2	11,0
7	18,0	6,9	15,0
8	21,5	9,2	18,5
9	27,5	11,7	24,0
10	35,5	14,5	30,0
11	43,5	16,8	37,0
12	50,0	17,5	42,5

Tabella b) Decurtazione per Flussi Trimestrali (SIAD+FAR+Hospice) e Flussi semestrali (SISM)

Flussi Trimestrali (SIAD+FAR+Hospice)			Flusso Semestrale SISM	
Numero Trim non inviati	Decurtazione ASUR	Decurtazione INRCA	Numero Semestri non inviati	Decurtazione ASUR
1° Trim	2,5	1,0	1° Semestre	5
2° Trim	6	2,5	2° Semestre	7,5
3° Trim	10	5,0		
4° Trim	17,5	7,5		

Tabella c) Decurtazione per Flussi Annuali

Flussi Annuali (SIND, File R*)		
Numero Annualità non inviati	Decurtazione ASUR	Decurtazione INRCA
1° Annualità	7,5	7,5

\* Flusso non ricompreso nella DGR 248/2018, ma da garantire.

- c) **è decurtata per una quota aggiuntiva del 25%** qualora l'ente sanitario registri ritardi nell'invio delle SDO periodo gennaio-dicembre definitivo fissato al 15 marzo dell'anno seguente.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Area Prevenzione**

L'Area della Prevenzione contiene sia gli indicatori della Prevenzione collettiva che Veterinaria e sicurezza alimentare.

**Prevenzione collettiva**

Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 1 e 2 viene attribuito un massimo di 1 punto per ciascun indicatore ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore composito (gruppo di indicatori n. 3, 4 e 5) vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR. Nel caso in cui venissero pienamente raggiunti tutti gli indicatori (dal n.1 al n.5) viene attribuito un punteggio aggiuntivo pari a 1 punto ad ASUR.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR
<b>AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"</b>						
1	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> 95%
3	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2019 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2019	> 60%
4			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2019 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2019	> 50%
5			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2019 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2019	> 50%

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 6, 7, 8, 9, 10 e 11) viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR
<b>AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI</b>						
6	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF (ISS), ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione >= 65 anni residente	≥ 75%
7	Realizzazione sorveglianza PASSI	ARS su dati ASUR	N. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare	N. interviste effettuate	N. interviste da effettuare	≥ 90%
8	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. Aziende controllate	N aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%
9	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2019)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2019)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2019)	100%
10		Schede Cause di morte	Registrazione schede cause di morte anno 2018	Numero schede cause di morte registrate anno 2018	Numero totale schede cause di morte anno 2018	100%



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

11	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	95%
----	--	--------------------	--	------------------------	------------------------	-----

**Veterinaria e Sicurezza alimentare**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore composito (gruppo di indicatori n. 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore composito (gruppo di indicatori n. 19, 20 e 21) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR. Nel caso in cui venissero pienamente raggiunti tutti gli indicatori (dal n.12 al n.21) viene attribuito un punteggio aggiuntivo pari a 1 punto ad ASUR.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR
<b>AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"</b>						
12	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	SIVA- VETINFO (NSG)	% Aziende e % Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende e N. Capi ovi-caprini controllati	N. totale aziende e N. totale capi ovi-caprini	> 3% delle aziende e > 5% dei capi
13			% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%
14			% Aziende bovine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende)	N. Aziende bovine controllate	N. totale aziende bovine	3%
15			% Aziende equine controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% delle aziende)	N. Aziende equine controllate	N. totale aziende equine	5%
16			% Allevamenti apistici controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% delle aziende)	N. allevamenti apistici controllati	N. totale allevamenti apistici	1%
17			FARMACOSORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSFAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSFAF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM- VETINFO (NSG)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	N. totale degli operatori controllati
18	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM- VETINFO (NSG)	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmate	100%
19	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle I e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA DATAFARM - VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM

*Des*

*Y*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

20	PNR - PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	N. Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100 % delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95 % dei campioni svolti per ciascun programma
21	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 33) viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 34, 35 e 36) viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR
<b>AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI</b>						
22	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%
23			% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
24	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	≥ 85 %
25			% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini e caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 85% di ovini e ≥ 70 % di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
26	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
27	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%
28			% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%
29			% controlli per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

30	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016,rep212,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 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione"e"distribuzione"	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100 % in ciascuna matrice alimentare e 100 % in ciascuna fase
31	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>60 % dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
32	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	SIVA DATAFARM (NSG)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100 % del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA
33	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%
34	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%
35	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	ASUR-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2020		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare
36	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia

*for*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Area Assistenza Distrettuale**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore composito (gruppo di indicatori n. 37, 38 e 39) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 40, 41 e 42 vengono attribuiti, rispettivamente a ciascun indicatore predetto, un massimo di 1,5 punti, 2 punti e 2 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 43 vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR, un massimo di 3 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 4 punti ad INRCA. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 44 vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 45 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, un massimo di 3 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 4 punti ad INRCA. Nel caso in cui venissero pienamente raggiunti tutti gli indicatori (dal n.37 al n.45), viene attribuito un punteggio aggiuntivo pari a 1 punto ad ASUR.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO M Nord	Target INRCA
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"</b>									
37	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IQE)	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)		> 4,00 x 1000 ab.	NO	NO	NO
38		Flusso SIAD (NSG, IQE)	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)		> 2,50 x 1000 ab.	NO	NO	NO
39		Flusso SIAD (NSG, IQE)	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)		> 1,00 x 1000 ab.	NO	NO	NO
40	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		> 41 x 1000 ab. ≥ 75 aa	NO	NO	NO
41	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT - dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	% 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	> 50%	NO	NO	NO
42	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	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	≤ 1%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

43	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	<b>Questionario LEA:</b> garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - 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	>90%	>90%	>90%	>90%
44	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Flusso EMUR/118 (NSG, IQE)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	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		≤ 17,5 minuti	NO	NO	NO
45	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per ASUR: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AAOO e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi)	(NSG) (PNCAR: Piano Nazionale Contrasto Antibiotico o Resistenza) (Per ASUR: Flusso farmacie convenzionate, File F) (Per AAOO e INRCA: File F)	Variazione % DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AAOO e INRCA la Variazione % DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	(N° DDD antibiotici anno 2020) - (N° DDD antibiotici anno 2019)	(N° DDD antibiotici anno 2019)	-10%	-0,50%	-0,50%	-0,50%

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 46, 47, 48, 49, 50 e 51) vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, un massimo di 3 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 4 punti ad INRCA.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO M Nord	Target INRCA
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI</b>									
46	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	Rilevazione ad hoc	Disponibilità di slot dedicati per le prestazioni successive a tutte le visite specialistiche comprese tra le 69 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		Pubblicazione dell'indicatore sul sito web aziendale e con aggiornamento costante	Pubblicazione dell'indicatore sul sito web aziendale e con aggiornamento costante	Pubblicazione dell'indicatore sul sito web aziendale e con aggiornamento costante	Pubblicazione dell'indicatore sul sito web aziendale e con aggiornamento costante



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

47		File C (NSG)	<p><b>Questionario LEA:</b> garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.</p>	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%
48		File C	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali 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	>90%	>90%	>90%	>90%
49	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)			Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%	
50	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA			Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	N. totale delle richieste di prestazioni	>90%	NO	NO	NO
51	Assistenza semi-residenziale	Modello RIA.11 - Quadro H e Modello STS.24 - Quadro F	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		≥ 140.000	NO	NO	NO

**Area Assistenza Ospedaliera**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 52 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR, un massimo di 5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 6 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 53 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR ed un massimo di 5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 54 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR, un massimo di 5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 6 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 55 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR ed un massimo di 5 punti ad AO M. Nord.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 56 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR ed un massimo di 5 punti ad AOU Ancona.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 57 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR ed un massimo di 5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord.

**Nel caso in cui venissero pienamente raggiunti tutti gli indicatori (dal n. 52 al n. 57), viene attribuito un punteggio aggiuntivo pari a 3 punti ad ASUR, pari a 4 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord e pari a 2 punti ad INRCA.**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO M Nord	Target INRCA
<b>AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"</b>									
52	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,12	≤ 0,12
53	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 70%	≥ 80%	≥ 80%	NO
54	"Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
55	"Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 22%	NO	≤ 22%	NO
56	"Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	≤ 22%	≤ 23,5%	NO	NO
57	"Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c. 528, L.208/15, NSG)	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	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	NO

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 58, 59, 60, 61, 62, 63 e 64) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR, un massimo di 3 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 6 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 65, 66, e 67) vengono attribuiti un massimo di 1 punto ad ASUR, un massimo di 2 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 6 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 68 e 69) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR, un massimo di 4 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 6 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 70, 71, 72 e 73) vengono attribuiti un massimo di 1 punto ad ASUR, un massimo di 3 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 6 punti ad INRCA.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO M Nord	Target INRCA
<b>AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI</b>									
58	Donazione organi e tessuti	Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	Donazione di organi	N. accertamenti di morte con criteri neurologici	N. Pazienti deceduti entro 15 gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019	NO
59		Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	Donazione di tessuti	N. donatori tessuti per singola tipologia di trapianto	N. di decessi	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019	Predisposizione e attivazione progetto raccolta cornee
60	Trapianti d'organo	Dati SIT, Rilevazione ad hoc	Accesso al trapianto	Numero di pazienti in lista regionale di attesa al 31/12/2020 distinti per tipologia d'organo	Numero di abitanti regione marche (in milioni)	NO	Compre so tra + 20% e - 20% del dato medio nazionale e del CNT su rilevazione del sist. naz. qualità trapianti 2019	NO	NO
61		Dati SIT, Rilevazione ad hoc	Tempo medio di attesa per trapianti d'organo	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca relativa al rapporto tra $\Sigma$ Tempo di attesa di ogni paziente iscritto in lista al 31/12/2020 e Totale pazienti iscritti in lista al 31/12/2020		NO	Documen tazione inviata entro il 30/04/2021	NO	NO
62	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2020		≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019
63		Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2020		≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019
64		Flusso CEDAP (NSG)	N. Parti fortemente pretermine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		≤ 12	NO	≤ 3	NO
65	Miglioramento qualità	Flusso CEDAP (NSG)	% Parti pretermine tardivi	N. Parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Totale parti	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	NO

Y

*dos*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

66	clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	% Pz. con almeno un ricovero ripetuto entro 30 gg per la stessa MDC	N. ricoveri ripetuti entro 30 gg per la stessa MDC	N. ricoveri	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019
67		Flusso SDO (NSG, Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	≤ Valore 2019	NO	NO	≤ Valore 2019
68	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019
69		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,29	≤ 1,66	≤ 1,00	≤ 1,74
70		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza) † (esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019	≥ Valore 2019
71	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * † * (esclusi Cardiochirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) † (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019
72		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5,41%	≤ 5,92%	≤ 5,00%	≤ 5,28%
73		Flusso SDO; File C (Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17)	Rapporto tra prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza 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 inappropriatazza in regime di day surgery (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019	≤ Valore 2019

*de*

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Trasfusionale**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82 e 83) vengono attribuiti un massimo di 50 punti la DIRMT

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target DIRMT
<b>AREA TRASFUSIONALE - (Target DIRMT)</b>						
74	Autosufficienza di emocomponenti "driver"	Centro Nazionale Sangue (SISTRA) (NSG)	% N. unità globuli rossi prodotti rilevati nell'anno su N. unità globuli rossi prodotti programmati nel programma annuale di autosufficienza	N. unità globuli rossi prodotti rilevati nell'anno	N. unità globuli rossi prodotti programmati nel programma annuale di autosufficienza	≤ 2% [Target Dirmt]
75	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Centro Nazionale Sangue (SISTRA) (NSG)	% Kg di plasma prodotti rilevati nell'anno su Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	Kg di plasma prodotti rilevati nell'anno	Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	≤ 2% [Target Dirmt]
76	Piano di produzione regionale 2020 - Sangue e Plasma	Centro Nazionale Sangue (SISTRA)	Piano di produzione regionale 2020 - Sangue Intero	Produzione sangue intero anno 2020		≥ 78.000 [Target Dirmt]
77			Piano di produzione regionale 2020 - Plasmaferesi	Produzione plasmaferesi anno 2020		≥ 21.000 [Target Dirmt]
78			Contribuzione all'autosufficienza nazionale	N. Unità emazie messe a disposizione per l'autosufficienza nazionale		≥ 1.200 [Target Dirmt]
79	Piano di lavorazione industriale 2020 - Produzione farmaci	Report CNS - Kedrion	Plasma Frazionato Kg	Produzione plasma frazionato Kg		> 35.000 [Target Dirmt]
80			Ig Vena 5 g flac	Produzione ig vena 5 g flac		> 30.000 [Target Dirmt]
81	Percorsi formativi	Rilevazione ad hoc	IX Corso di formazione per Medici ed Infermieri e Retraining per raccolta SCO	Effettuazione eventi formativi nel corso del 2020		Report da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca entro il 31/01/2021 [Target Dirmt]
82	Polo unico per le funzioni produttive medicina trasfusionale (DGR 422/2017)	Rilevazione ad hoc	Attivazione processo di centralizzazione	Predisposizione protocolli operativi-organizzativi		Report da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca entro il 31/01/2021 [Target Dirmt]
83	Potenziamento dell'offerta	Rilevazione ad hoc	Campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS	Prosecuzione delle campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS e Progetto incentivazione per incremento donatori		Report da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca entro il 31/01/2021 [Target Dirmt]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Tabella 1 – Riassuntiva di tutti gli indicatori sanitari e relativi punteggi, inclusivi dei bonus.**

AREE DI ATTIVITA'	INDICATORI	PUNTEGGI GRUPPI INDICATORI					PUNTEGGI "BONUS" GRUPPI INDICATORI				
		ASUR	AOU AN	AO MN	INRCA	DIRMT	ASUR	AOU AN	AO MN	INRCA	DIRMT
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"	1	1									
	2	1					1				
	3-5	2									
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI	6-11	1									
AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"	12-18	1,5									
	19-21	1,5					1				
AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI	22-33	1									
	34-36	1									
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"	37-39	1,5									
	40	1,5									
	41	2									
	42	2									
	43	1,5	3	3	4						
	44	1,5									
45	2	3	3	4							
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI	46-51	2	3	3	4						
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	52	2,5	5	5	6						
	53	2,5	5	5							
	54	2,5	5	5	6						
	55	2,5		5			3	4	4	2	
	56	2,5	5								
	57	2,5	5	5							
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI	58-64	1,5	3	3	6						
	65-67	1	2	2	6						
	68-69	1,5	4	4	6						
	70-73	1	3	3	6						
AREA TRASFUSIONALE	74-83					50					
<b>TOTALE</b>		<b>44</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

*de*