

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: D.lgs 171/2016 e smi - 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 - Definizione criteri anno 2021.

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla *P.F. Controllo Atti e Attività Ispettiva* dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della *P.F. Controllo Atti e 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*;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

### DELIBERA

- di definire i criteri per l'anno 2021 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 nell'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, potranno essere aggiornati entro giugno 2021, sulla base di eventuali nuovi indirizzi nazionali ed in base all'evolversi della situazione pandemica.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Francesco Maria Nocelli)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
(Francesco Acquaroli)

Documento informatico firmato digitalmente

Documento informatico firmato digitalmente



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La Regione, ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. n. 171/2016 e coerentemente agli obiettivi sanitari definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base delle attività programmatiche di rilievo per la sanità regionale, definisce i criteri di valutazione delle Direzioni Generali degli Enti del Servizio Sanitario 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.

Di conseguenza, gli Enti del SSR e il DIRMT hanno l'obbligo di ottemperare alle disposizioni stabilite dal MEF, dal Ministero della Salute e dalla Regione al fine di soddisfare gli adempimenti previsti dalla normativa vigente, pur nella considerazione delle criticità della grave situazione pandemica da cui si sta faticosamente ma positivamente uscendo. Il rispetto degli adempimenti, a tutti i livelli istituzionali, costituisce d'altronde 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 (Fondo Sanitario Nazionale) fino al 3% dell'importo spettante alla Regione, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario.

L'assegnazione degli obiettivi è fatta in coerenza 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.

L'anno 2020 è stato caratterizzato dalla situazione di emergenza sanitaria causata dalla pandemia da covid-19, che ha fortemente condizionato l'intero servizio sanitario stravolgendo le modalità di erogazione di servizi e prestazioni e mettendo a dura prova la capacità di risposta del sistema a livello ospedaliero e territoriale.

Per l'anno 2021 il sistema sanitario deve affrontare la sfida della messa in sicurezza della popolazione attraverso una campagna di vaccinazione di massa dei cittadini marchigiani, oltre alla necessità di tornare nelle condizioni di una ordinaria programmazione dei servizi.

In questo senso, l'individuazione degli obiettivi sanitari e dei criteri di valutazione per gli Enti del SSR per l'anno 2021 è rivolta alla specifica attenzione al raggiungimento della massima copertura per la vaccinazione della popolazione ed al fine di garantire livelli di assistenza a tutte le forme di domanda e di bisogno dei cittadini.

La verifica degli adempimenti LEA è effettuata 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 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*



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

*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.*"

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.*"

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, rettificata 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



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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 n. 208 del 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.

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.** 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. n.1704 del 31 dicembre 2020, "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 2021", 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. n.1704/2020 dispone che il totale dei costi, al netto degli scambi infragruppo, autorizzato con la Gestione Provvisoria 2021 agli Enti del SSR e al DIRMT è pari a:

- ASUR Euro 2.405.905.351;
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona Euro 408.134.029;
- AO Ospedali Riuniti Marche Nord Euro 232.371.005;
- INRCA POR Regione Marche Euro 83.810.702.

I costi autorizzati ad ASUR sono comprensivi della mobilità passiva interregionale e



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

internazionale stimata pari a Euro 165.761.332.

Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato con la Gestione Provvisoria 2021 agli Enti del SSR e al DIRMT è pari a:

ASUR Euro 20.000.000; AOU Ospedali Riuniti di Ancona Euro 6.000.000; AO Ospedali Riuniti Marche Nord Euro 4.000.000; INRCA POR Regione Marche Euro 2.000.000.

Nell'Allegato A sono riportati i criteri di valutazione degli Obiettivi Sanitari ed Economici assegnati per l'anno 2021 agli Enti del SSR.

Nel corso degli incontri del Coordinamento Enti per l'anno 2021 gli argomenti trattati sono stati i seguenti:

- 11/01/2021, comunicazione dell'inserimento delle vaccinazioni tra gli obiettivi;
- 14/01/2021, conferma dell'inserimento tra gli obiettivi della vaccinazione degli operatori;
- 04/03/2021 - 15/03/2021 - 29/03/2021, discussione generale in merito agli obiettivi,
- 01/04/2021, gli obiettivi, gli indicatori con i relativi target, insieme ai criteri di raggiungimento degli stessi ed alle modalità di attribuzione dei punteggi, sono stati definitivamente discussi e concordati.

Per tutto quanto sopra, si propone alla Giunta regionale di deliberare come segue:

- di definire i criteri per l'anno 2021 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 nell'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, potranno essere aggiornati entro giugno 2021, sulla base di eventuali nuovi indirizzi nazionali ed in base all'evolversi della situazione pandemica.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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 L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014

**Il responsabile del procedimento**  
*(Anna Maria Lelii)*

Documento informatico firmato digitalmente

### **PARERE DEL DIRIGENTE DELLA PF CONTROLLO ATTI E ATTIVITÀ ISPETTIVA**

Il sottoscritto considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva nè può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione Marche.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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 L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Il dirigente  
(*Anna Maria Lelii*)

Documento informatico firmato digitalmente

**PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'**

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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 L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014

Il dirigente del servizio  
(*Lucia Di Furia*)

Documento informatico firmato digitalmente

**ALLEGATI**



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### **ALLEGATO A**

Il presente allegato consta di **due parti: la prima** riguarda le azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico e si riferisce a settori trasversali quali l'area dei costi e dei debiti, la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, le risorse umane e l'area legata alla dematerializzazione delle prescrizioni ed alla creazione del fascicolo sanitario elettronico.

**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 che devono essere attuate grazie alle risorse assegnate con budget provvisorio di cui alla DGR n 1704 del 30/12/2020 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 pari anch'essa a 50 punti, è il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio ed il rispetto del tetto del personale (di cui alla DGR 1261/2020), al netto, quest'ultimo, dei costi legati alle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2.**

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

Le azioni da effettuarsi per garantire il rispetto del vincolo economico riguardano le aree della **gestione dei costi e dei debiti, della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, delle risorse umane e del sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico.**

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.

Per ognuna delle aree sopra descritte, sono di seguito riportati gli indicatori ritenuti indispensabili per il miglioramento dell'economicità del SSR.

Le sezioni "**gestione dei costi e dei debiti**", "**spesa farmaceutica e dispositivi medici**", "**risorse umane**" e "**sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico**", includono indicatori singoli o gruppi di indicatori. Il raggiungimento del risultato per i singoli indicatori o per i determinati gruppi di indicatori, calcolato per questi ultimi sulla percentuale di raggiungimento media dei vari gruppi, comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio, così come definito nella tabella 1.

Ove non diversamente specificato nel target degli indicatori:

- Una percentuale di raggiungimento inferiore all'85% sui singoli indicatori o 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 singoli indicatori o sui gruppi di indicatori determina l'assegnazione dell'80% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- Una percentuale di raggiungimento pari o superiore al 90% ed inferiore al 95% sui singoli indicatori o 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 singoli indicatori o sui gruppi di indicatori determina l'assegnazione del 100% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### **Rispetto dei tempi di pagamento.**

Ai sensi di quanto stabilito al comma 865 dell'articolo 1 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), alle Direzioni generali degli Enti del SSR è assegnato un obiettivo sui tempi di pagamento il cui punteggio equivale a 30 punti. Di seguito si riporta il contenuto della norma di legge, che contiene anche i relativi criteri di valutazione:

*“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 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.

Il mancato rispetto dei tempi di pagamento, nei termini sopra descritti, comporta la conseguente decurtazione (fino al massimo di 30 punti) rispetto al punteggio ottenuto con gli obiettivi economici di seguito descritti.

### **Gestione dei costi e dei debiti**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 1 vengono attribuiti un massimo di 15 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA ed un massimo di 50 punti al DIRMT.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 2 vengono attribuiti un massimo di 4 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 3 vengono attribuiti un massimo di 4 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 4 vengono attribuiti un massimo di 4 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Pro g.	Sub-obbiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA	Target Dirmt
<b>GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI</b>										
1	Rispetto del budget dei costi	ASUR, AAOO e INRCA: Bilancio di Esercizio 2021	ASUR, AAOO e INRCA: Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2021, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1704/2020 e s.m.i.	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2021) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con DGR 1704/2020 e s.m.i.)		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	
		Dirmt: Bilancio di Esercizio 2021, Bilancio di Previsione 2021	Dirmt: Valore economico del totale dei costi rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2021, rispetto ai costi rendicontati nel Bilancio di Previsione 2021	(Valore economico del totale dei costi rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2021) - (Valore economico del totale dei costi rendicontati nel Bilancio di Previsione 2021)						≤ 0
2	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Rilevazione ad Hoc	Valore al 31/12/2021 di nc di fatture anni antecedenti il 2021 rispetto al valore al 31/12/2020 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2021 di nc di fatture anni antecedenti il 2021)	(Valore al 31/12/2020 di nc di fatture)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	NO
3	Posizioni infragruppo	Rilevazione ad Hoc	Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2021 rispetto ai debiti al 31/12/2020 verso Enti del SSR	(Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2021)	(Debiti al 31/12/2020 verso Enti del SSR)	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	NO
4	Rispetto dei tempi di pagamento	Rilevazione ad Hoc	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2021 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2021	≤ 6%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	NO

**Spesa farmaceutica e dispositivi medici**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 5 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, ed un massimo di 3 punti ad AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 6 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR ed un massimo di 1 punto ad AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 7 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 8 vengono attribuiti un massimo di 3 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA. Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 9 e 10 viene attribuito un

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

massimo di 2 punti per ciascun indicatore ad ASUR, AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 3 punti per ciascun indicatore ad INRCA.

Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 11 e 12 viene attribuito un massimo di 1 punto per ciascun indicatore ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>SPESA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI</b>									
5	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Modello CE Consuntivo 2020 e 2021	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio	(Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo 2021) - (Spesa farmaceutica per acquisti diretti rendicontata nel modello CE consuntivo 2020)		≤ 0 (Tolleranza del 12%)	≤ 0 (Tolleranza del 15%)	≤ 0 (Tolleranza del 10%)	≤ 0 (Tolleranza del 10%)
6	Spesa farmaceutica convenzionata netta	ASUR: Dato DCR	ASUR: Riduzione spesa farmaceutica convenzionata netta rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio	Spesa farmaceutica convenzionata netta anno 2021 da DCR		< 197.000.000 €			
		AAOO e INRCA: rilevazione ad hoc	AAOO e INRCA: Riduzione valore ricette in convenzionata prescritte dai medici delle AAOO e INRCA	(Valore ricette in convenzionata prescritte dai medici delle AAOO e INRCA 2021) - (Valore ricette in convenzionata prescritte dai medici delle AAOO e INRCA 2020)	(Valore ricette in convenzionata prescritte dai medici delle AAOO e INRCA 2020)		-3,6%	-3,6%	-3,6%
7	Consumo farmaci intravitreali (Nota AIFA 98)	Rilevazione ad Hoc (escluse le strutture convenzionate e private)	% Pazienti trattati con Bevacizumab sul totale dei pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu	N. Pazienti trattati con Bevacizumab	N. Pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu	> 30%	> 30%	> 30%	NO
8	Spesa relativa ai dispositivi medici	Rilevazione ad Hoc	Riduzione della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi	(Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2021, al netto dei costi Covid [ad es. DPI]) - (Spesa per dispositivi medici rendicontata nel modello CE consuntivo 2019)		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0
9	Coerenza tra flusso contratti DM e prodotti in BDM	NSIS	% DM nel flusso contratti rispetto ai DM presenti in BDM (Banca dati Dispositivi Medici del Ministero della Sanità) [Sono escluse le categorie CND Q e L]	N. DM nel Repertorio presenti nel flusso contratti	N. DM nel Repertorio presenti in BDM del Ministero della Salute	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
10	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	NSIS	% Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND* * (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)")	Costi rilevati dal flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) anno 2021	Costi da Modello CE Consuntivo 2021	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
11	Rispetto scadenze Flusso Consumi DM	ARS (GAF)	Trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese, a partire da giugno-luglio 2021	Trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese, a partire da luglio 2021		Rispetto scadenze	Rispetto scadenze	Rispetto scadenze	Rispetto scadenze

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

12	Rispetto scadenze Flusso contratti DM	ARS (GAF)	Trasmissione dati Contratti DM entro il 15 di ogni mese, a partire da giugno-luglio 2021	Trasmissione dati Contratti DM entro il 15 di ogni mese, a partire da luglio 2021	Rispetto scadenze	Rispetto scadenze	Rispetto scadenze	Rispetto scadenze
----	---------------------------------------	-----------	--	---	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

**Risorse umane**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 13 e 14) vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 15 e 16) vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, AOU Ancona ed INRCA ed un massimo di 3 punti ad AO M. Nord.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 17 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR, AOU Ancona ed INRCA.

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>RISORSE UMANE</b>									
13	Contenimento del precariato	Rilevazione ad hoc	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla P.F. Risorse umane e formazione, attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre
14			Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2021) - (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2020)	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2020)	-5% rispetto al 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2)	-5% rispetto al 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2)	-5% rispetto al 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2)	-5% rispetto al 2020 (Al netto delle assunzioni per il contrasto del Sars Cov-2)
15	Contenimento del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Rilevazione ad hoc	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla P.F. Risorse umane e formazione, attestante la definizione, entro il mese di maggio, di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive suddiviso per area contrattuale		Report entro il 30/06/2021 attestante l'avvenuta definizione del budget	Report entro il 30/06/2021 attestante l'avvenuta definizione del budget	Report entro il 30/06/2021 attestante l'avvenuta definizione del budget	Report entro il 30/06/2021 attestante l'avvenuta definizione del budget
16			Report periodici dei costi per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita alla P.F. Risorse umane e formazione, con rendicontazione dei costi per prestazioni aggiuntive per area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre
17	Adeguamento n. SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard nazionali	Conto Annuale	Riduzione n. SOC / SOS	(N. SOC / SOS al 31/12/2021) - (N. SOC / SOS al 31/12/2020)		-1 SOS	-1 SOS	NO	-1 SOS

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**Sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 18, 19 e 20) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 21, 22 e 23) vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO</b>									
18	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da sistema TS)	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
19	Prescrizioni dematerializzate per la farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS e specialisti)		% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da sistema TS)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 85% (inclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
20	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione	Sistema TS, File C	% totale ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate da sistema TS) / totale ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate da comma 11)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate da sistema TS)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica erogate (rilevate da comma 11)	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
21	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 2021	Produzione totale di verbali di pronto soccorso nel 2021	10%	90%	90%	50%
22			Percentuale di lettere di dimissione archiviate nel repository (esclusi DH)	Produzione di lettere di dimissione archiviate nel repository nel 2021	Produzione di lettere di dimissione nel 2021	2,5%	5%	5%	5%
23			Produzione di referti di laboratorio firmati digitalmente	N.ro di referti di laboratorio firmati digitalmente nel 2021	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2021	90%	90%	90%	90%

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**Tabella 1 – Riassuntiva di tutti gli indicatori economici e relativi punteggi.**

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI GRUPPI INDICATORI				
		ASUR	AOU AN	AO MN	INRCA	DIRMT
GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI	1	15	15	15	15	50
	2	4	4	4	4	
	3	4	4	4	4	
	4	4	4	4	4	
SPESA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI	5	2	3	3	3	
	6	2	1	1	1	
	7	2	2	2		
	8	3	3	3	3	
	9	2	2	2	3	
	10	2	2	2	3	
	11	1	1	1	1	
	12	1	1	1	1	
RISORSE UMANE	13-14	2	2	2	2	
	15-16	2	2	3	2	
	17	1	1		1	
SISTEMA TS, RICETTA ELETTRONICA, FSE	18-20	1,5	1,5	1,5	1,5	
	21-23	1,5	1,5	1,5	1,5	
<b>TOTALE</b>		<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

## **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. 1704 del 30/12/2020.

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 del risultato previsto per di ciascun indicatore singolo o composito comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio per ogni ente, così come definito nella tabella 2. Nel caso in cui venissero raggiunti i risultati di 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 2.

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 del risultato previsto per i singoli indicatori o determinati gruppi di indicatori, calcolato per questi ultimi sulla percentuale di raggiungimento media dei vari gruppi, comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio, così come definito nella tabella 2.

Ove non diversamente specificato nel target degli indicatori:

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Una percentuale di raggiungimento inferiore al 100% su tutti gli indicatori singoli o composti NSG “core” preclude l’assegnazione dell’intero punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- Una percentuale di raggiungimento inferiore all’85% sui singoli indicatori o 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 singoli indicatori o 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 singoli indicatori o 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 singoli indicatori o 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

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 (4 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) non inviati entro i tempi previsti

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	22,0
10	35,5	14,5	25,00
11	43,5	16,8	31,00
12	50,0	17,5	35,00

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tabella b) Decurtazione per Flussi Trimestrali (SIAD+FAR+Hospice) e Flussi semestrali (SISM) non inviati entro i tempi previsti

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 non inviati entro i tempi previsti

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% (rispetto a quanto previsto al punto b e fino all'occorrenza del massimo di 50 punti) qualora l'ente sanitario registri ritardi nell'invio delle SDO periodo gennaio-dicembre definitivo fissato al 15 marzo dell'anno seguente.

### 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 vengono attribuiti un massimo di 0,5 punti 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.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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 2021 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2021	> 60%
4			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2021 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2021	> 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 2021 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2021	> 50%

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 6 vengono attribuiti un massimo di 10 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 7 e 8 vengono attribuiti rispettivamente un massimo di 0,2 e 0,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 9 e 10) vengono attribuiti un massimo di 0,3 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 9 vengono attribuiti un massimo di 0,5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 11 vengono attribuiti un massimo di 0,5 punti ad ASUR.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI</b>									
6	Efficienza attività vaccinale anti Sars-CoV-2 - Soggetti con età ≥ 80 anni, con fragilità, con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II che si sono prenotati (DGR 36/2021)	Rilevazione ad Hoc	% cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 80 anni, con fragilità (es. comorbidità, disabilità, immunodeficienza), con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	N° cittadini prenotati e vaccinati con età ≥ 80 anni, con fragilità (es. comorbidità, disabilità, immunodeficienza), con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	N° cittadini prenotati con età ≥ 80 anni, con fragilità (es. comorbidità, disabilità, immunodeficienza), con età ≥ 60 anni e delle altre categorie della fase II, esclusi quelli che rifiutano la prenotazione o quelli dichiarati non idonei	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti	(Target 80% - 94%) = 5 Punti (Target 95% - 100%) = 10 Punti
7	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%	NO	NO	NO
8	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	N. Aziende controllate e/o assistite	N aziende con almeno 1 dipendente	>= 5%	NO	NO	NO
9	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Archivi Anatomiche patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2020)	Dati di anatomia patologica trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2020)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2020)	100%	100%	100%	NO
10		Schede Cause di morte	Registrazione schede cause di morte anno 2019	Numero schede cause di morte registrate anno 2019	Numero totale schede cause di morte anno 2019	100%	NO	NO	NO

**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%	NO	NO	NO
----	--	--------------------	--	------------------------	------------------------	-------	----	----	----

**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	FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSAF 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	N. totale degli operatori controllabili	Attività comprendente almeno il 90 % degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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 1 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
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 e 26) viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 27, 28 e 29) viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 30, 31, 32 e 33) viene attribuito un massimo di 0,5 punti 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) -	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 %

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

25	Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014		% 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 ZOOTOMICHE - 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	N. 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	N. 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)	N. di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%
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 DGSAF 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

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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 annuale 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

**Area Assistenza Distrettuale**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore composito (gruppo di indicatori n. 37, 38 e 39) viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR. Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 40, 41 e 42 vengono attribuiti, rispettivamente a ciascun indicatore predetto, un massimo di 1 punto, 1,5 punti e 1,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 43 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 3 punti ad INRCA. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 44 vengono attribuiti un massimo di 0,5 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 45 vengono attribuiti un massimo di 1,5 punti ad ASUR, un massimo di 2 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 3 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 Ancon a	Target AO MNord	Target INRCA
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"</b>									
37	Assistenz a domiciliar e	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

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	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 presenti 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	> 35% (Tolleranza 25%)	NO	NO	NO
42	Efficacia della presa in carico territoriali e 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
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 (Esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>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		≤ 18 minuti	NO	NO	NO

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

45	Riduzione e consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzioni dirette, per conto e convenzioni onate (ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico)	(NSG) (PNCAR: Piano Nazionale Contrasto Antibiotico 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 2021)	± 15% Valore 2020	± 10% Valore 2020	± 10% Valore 2020	± 10% Valore 2020
----	---	--	--	--------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52 e 53) vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 48, 49, 50 e 51) vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 3 punti ad INRCA.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI</b>									
46	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Rilevazione ad hoc	Incremento dell'offerta di Posti Letto di Hospice	N. Nuovi Posti Letto di Hospice attivati durante l'anno 2021 entro il 30/07/2021		≥ 10 Posti Letto	NO	NO	NO
47	Piano di potenziamento e riorganizzazione rete territoriale (D.L. 34/2020)	Rilevazione ad hoc	Monitoraggio mensile su applicazione atti e compilazione relative tabelle informative di cui alle DGR 1266/2020 e 1423/2020	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante le attività di monitoraggio svolte e l'assolvimento degli obblighi informativi di cui alle DGR 1266/2020 e 1423/2020		Report mensili entro 15° giorno di ogni mese	NO	NO	NO
48	Rischio clinico	Flusso SDO (NSG)	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	N. Riammissioni con sepsi in qualsiasi campo di diagnosi entro 30 gg da un episodio chirurgico con sepsi in diagnosi secondaria per pz. con età ≥ 15 anni		≤ Valore 2020	≤ Valore 2020	≤ Valore 2020	≤ Valore 2020

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

49		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 D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D (Esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%	
50	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	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 (Esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%	
51				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 (Esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%	
52				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
53				Indennizzi a soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni (L.210/92)	Rilevazione ad hoc	Pagamento dei beneficiari entro il venticunquesimo giorno della fine di ogni bimestre	N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi	N. totale dei beneficiari	≤ 5%	NO

**Area Assistenza Ospedaliera**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 54 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, un massimo di 4 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 5 punti ad INRCA. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 55 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR ed un massimo di 4,5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 56 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, un massimo di 4 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

di 6 punti ad INRCA. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 57 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR ed un massimo di 4 punti ad AO M. Nord. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 58 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR ed un massimo di 4 punti ad AOU Ancona. Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 59 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR ed un massimo di 4 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord. Nel caso in cui venissero pienamente raggiunti tutti gli indicatori (dal n. 54 al n. 59), viene attribuito un punteggio aggiuntivo pari a 1 punto ad ASUR, pari a 4 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord e pari a 2 punti ad INRCA.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"</b>									
54	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
55	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
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)	% 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%
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)	% 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

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

58	"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
59	"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. 60, 61 e 62) 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 4 punti ad INRCA. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 63 e 64) 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 5 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 5 punti ad INRCA. Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 68, 69 e 70) 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 4 punti ad INRCA.

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
<b>AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI</b>									
60	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
61		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
62		Flusso CEDAP (NSG)	N. Parti fortemente pre-termine 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
63	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza	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

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

64	tezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,29 (Tolleranza 20%)	≤ 1,66 (Tolleranza 20%)	≤ 1,00 (Tolleranza 20%)	≤ 1,74 (Tolleranza 20%)
65		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 2020	≥ Valore 2020	≥ Valore 2020	≥ Valore 2020
66	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * † * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia 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
67		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% (Tolleranza 20%)	≤ 5,92% (Tolleranza 20%)	≤ 5,00% (Tolleranza 20%)	≤ 5,28% (Tolleranza 20%)
68	Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie	NSIS	% del numero di grandi apparecchiature inserite / aggiornate nel database NSIS	Nuovi record inseriti nel database NSIS	Nuove macchine installate nel periodo di riferimento	100%	100%	100%	100%
69				Record aggiornati nel database NSIS	Record presenti	100%	100%	100%	100%
70	Alimentazione del flusso di informazioni per il monitoraggio degli acquisti DL. 34/2020	Rilevazione ad Hoc	% del numero di informazioni trasmesse nella periodicità indicata dalla struttura commissariale	numero di informazioni trasmesse nella periodicità indicata dalla struttura commissariale	numero di informazioni richieste dalla struttura commissariale	100%	100%	100%	100%

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**Trasfusionale**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79 e 80) vengono attribuiti un massimo di 50 punti la DIRMT

n.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target DIRMT
<b>AREA TRASFUSIONALE - (Target DIRMT)</b>						
71	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%
72	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%
73	Piano di produzione regionale 2021 - Sangue e Plasma	Centro Nazionale Sangue (SISTRA)	Piano di produzione regionale 2021 - Sangue Intero	Produzione sangue intero anno 2021		≥ 77.000
74			Piano di produzione regionale 2021 - Plasmaferesi	Produzione plasmaferesi anno 2021		≥ 20.000
75			Contribuzione all'autosufficienza nazionale	N. Unità emazie messe a disposizione per l'autosufficienza nazionale		≥ 1000
76	Piano di lavorazione industriale 2021 - Produzione farmaci	Report CNS - Kedrion	Plasma Frazionato Kg	Produzione plasma frazionato Kg		> 35.500
77			Ig Vena 5 g flac	Produzione ig vena 5 g flac		> 30.000
78	Percorsi formativi	Rilevazione ad hoc	X Corso di formazione per Medici ed Infermieri e Retraining per raccolta SCO	Effettuazione eventi formativi nel corso del 2021		Report da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca entro il 31/01/2022
79	Polo unico per le funzioni produttive medicina trasfusionale (DGR 422/2017)	Rilevazione ad hoc	Prosecuzione processo di centralizzazione	Implementazione protocolli operativi-organizzativi		Report da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca entro il 31/01/2022
80	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 31/01/2022

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**Tabella 2 – Riassuntiva di tutti gli indicatori sanitari e relativi punteggi, inclusivi dei bonus.**

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO 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	0,5					1				
	2	0,5									
	3-5	2									
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI	6	10	10	10	10						
	7	0,2									
	8	0,5									
	9-10	0,3	0,5	0,5							
AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"	12-18	1,5					1				
	19-21	1,5									
AREA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI	22-26	0,5									
	27-29	0,5									
	30-33	0,5									
	34-36	1									
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"	37-39	1					1				
	40	1									
	41	1,5									
	42	1,5									
	43	1	2	2	3						
	44	0,5									
45	1,5	2	2	3							
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI	46-53	2	2	2	3						
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	54	2	4	4	5		1	4	4	2	
	55	2	4,5	4,5							
	56	2	4	4	6						
	57	2		4							
	58	2	4								
59	2	4	4								
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI	60-62	1	2	2	4						
	63-64	1	3	3	5						
	65-67	1	2	2	5						
	68-70	1	2	2	4						
AREA TRASFUSIONALE	71-80					50					
<b>TOTALE</b>		<b>46</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>