



# REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 242 LEGISLATURA N. X

seduta del	
8/04/2019	
delibera	
415	

pag.  
1

DE/PR/SAS Oggetto: Definizione degli obiettivi assegnati agli Enti del  
0 NC SSR per l'anno 2019

Prot. Segr.  
440.

Lunedì 8 aprile 2019, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- LUCA CERISCIOLI	Presidente
- MANUELA BORA	Assessore
- LORETTA BRAVI	Assessore
- FABRIZIO CESETTI	Assessore
- MORENO PIERONI	Assessore
- ANGELO SCIAPICHETTI	Assessore

E' assente:

- ANNA CASINI	Vicepresidente
---------------	----------------

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 \_\_\_\_\_

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

L'INCARICATO

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Definizione degli obiettivi assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2019****LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

**VISTA** la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole, di cui all'art. 16, comma 1, lett. d), della L.R. 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che attesta che dalla presente deliberazione non deriva alcun impegno di spesa;

**VISTO** l'art. 28 dello Statuto della Regione Marche;

con la votazione, resa in forma palese, riportata a pag. 1;

***DELIBERA***

- di assegnare gli obiettivi agli Enti del SSR per l'anno 2019 come definito nell'Allegato A e B che formano parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Deborah Giraldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Luca Ceriscioli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- **Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68** - *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;*
- **Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118** – *Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;*
- **Intesa Governo - Regioni n. 82/CSR del 10/07/2014** - *Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (di seguito Patto per la Salute 2014-2016);*
- **Intesa Governo – Regioni n. n. 113/CSR del 2/7/2015** - *Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario;*
- **Legge 6 agosto 2015, n. 125** - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.*
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208** - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016);*
- **Decreto 2 aprile 2015, n. 70** - *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;*
- **Decreto 21 giugno 2016.** - *Piani di cui all'articolo 1, comma 528, 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;*
- **LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145** - *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021;*
- **DGR n. 716 del 22/06/2017** - *Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502". Recepimento e prime disposizioni attuative;*
- **DGR n. 1778 del 27/12/2018** - *L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2018 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2018-2020 degli Enti del SSR / Modifica della DGR n. 1250/2017;*
- **DGR n. 1779 del 27/12/2018** - *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 2019.*



## **MOTIVAZIONI ED ESITO DELL'ISTRUTTORIA**

Gli obiettivi sanitari vengono definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmati nazionali e sulla base delle attività programmate 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. Tutti gli Enti del SSR sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA e degli adempimenti monitorati dal Ministero della Salute, sia per la parte economica che per la parte sanitaria. A tali azioni prioritarie si legano necessariamente gli indicatori che consentono di effettuare il conseguente monitoraggio delle stesse.

Gli Enti del SSR 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.

Il Patto per la salute 2014-2016, al comma 6 dell'articolo 10, stabilisce che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA da parte dei direttori generali costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3-bis, comma 7 del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei direttori generali. La verifica dell'adempimento, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, è effettuata nell'ambito del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

La scelta degli obiettivi e dei relativi indicatori di misurazione è 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. 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, nonché ad affrontare tutte le situazioni di criticità, sia in termini sanitari che economici, che tuttora si manifestano in specifiche aree di attività e che devono essere oggetto di monitoraggio e valutazione al fine di garantire i LEA.

L'ampiezza degli obiettivi e degli indicatori formulati 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.

Nell'Allegato A e B sono riportati rispettivamente gli obiettivi sanitari ed economici assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2019, che in larga misura risultano quindi collegati:

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



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

- 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 perseguitamento dell'equilibrio di bilancio degli Enti del SSR e il DIRMT nonché del rispetto del loro budget economico provvisorio per l'anno 2019 assegnato con DGR 1779 del 27/12/2018;
- 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).

Nella tabella in Allegato A gli obiettivi sanitari assegnati agli Enti del SSR sono suddivisi nelle seguenti macro-aree:

- Completezza, qualità e tempestività nell'invio dei flussi informativi;
- Prevenzione;
- Veterinaria e sicurezza alimentare;
- Assistenza distrettuale/territoriale, Integrazione ospedale-territorio e Integrazione sociosanitaria;
- Assistenza ospedaliera, Emergenza urgenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Sistema tessera sanitaria, Ricetta elettronica e Fascicolo sanitario elettronico;
- Risorse Umane;
- Attività Trasfusionale.

Ogni macro area è suddivisa in sub-obiettivi per ciascuno dei quali è riportato uno o più indicatori con cui misurare i risultati raggiunti. Per ogni indicatore è stato stabilito il target da raggiungere per ciascun Ente.

Nell'Allegato B vengono descritti gli obiettivi economici assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2019.

In data 27/02/2019, la prima versione parziale dell'elenco degli obiettivi sanitari per l'anno 2019 è stata trasmessa agli Enti del SSR dal Servizio Sanità. Il Dirigente del Servizio ha incontrato in data 04/03/2019 le Direzioni generali degli Enti del SSR per il confronto sui criteri di scelta di obiettivi, indicatori e target relativamente all'area dell'assistenza ospedaliera e dell'emergenza - urgenza. A seguito di tale incontro, in data 07/03/2018 il Servizio ha trasmesso agli Enti del SSR l'elenco aggiornato degli obiettivi afferenti a tale area. Negli incontri successivi del 08/03/2019, del 11/03/2019 e del 18/03/2019 sono stati discussi con le Direzioni generali degli Enti del SSR obiettivi, indicatori e target relativamente alle aree della prevenzione, della veterinaria e sicurezza alimentare, della farmaceutica, dell'area "sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica e fascicolo sanitario elettronico" e dell'area relativa alle risorse umane. Dalle considerazioni emerse nei suddetti incontri ed a fronte delle osservazioni pervenute degli Enti, in data 28/03/2019 è stato trasmesso a questi ultimi un ulteriore aggiornamento di tutti gli obiettivi sanitari. Nell'incontro tra il Dirigente del Servizio e le Direzioni generali degli Enti del SSR del 01/04/2019 sono stati infine discussi e concordati gli obiettivi, gli indicatori ed i target relativamente all'area "assistenza distrettuale / territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria", nonché gli obiettivi economici.

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.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

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

Il responsabile del procedimento  
(Lucia Di Furia)

## PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente  
(Lucia Di Furia)

La presente deliberazione si compone di n. 30 pagine, di cui n. 24 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta  
(Deborah Gialdi)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

*Allegato A*

## Obiettivi sanitari 2019

### COMPLETEZZA, QUALITA' E TEMPESTIVITA' NELL'INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
1	Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari soggetti ad interconnessione come da DM 262/2016 (DGR 248/2018)	Flusso SDO, EMUR (PS, I18), SIAD, FAR, SISM, HOSPICE, SIND, File C, Sistema TS (Specialistica), Farmaci in DD e in DPC, CEDAP	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018, secondo le scadenze previste nella medesima DGR	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018, secondo le scadenze previste nella medesima DGR		100%	100%	100%	100%
2	Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera	File H	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)		100%	100%	100%	100%
3	Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17	Rilevazione ad hoc	Acquisire stabilmente i dati che garantiscono il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Report trimestrali (disaggregati per Area Vasta) attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali 2018, con i quantitativi di ordini e fatture distinti per codici prodotto e per codici ORPS nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC	≥ 70%	NO	NO	NO	NO
4	Flusso FAR; Utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014, DGR 139/2016 e DGR 746/2016)	Flusso FAR	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistemi RUG III/FAR		100%	NO	NO	NO
5	Completezza Tabella IC.bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale Adempimenti LEA c.2 e 3	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis	Num. Totale strutture private accreditate	100%	NO	NO	NO
6	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello C.E: Voci B.I.A.3.1 Dispositivi medici	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voce B.I.A.3.1)	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
7	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2019 (Dati per dichiarazione dei redditi)	SIA; CUP	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2019	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2019	100%	100%	100%	100%



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
8	Monitoraggio grandi apparecchiature.	Flusso grandi apparecchiature Adempimenti LEA c.16	Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche alla data del 31/12/2018	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i, nonché angiografi e mammografi, collaudate nell'anno 2019 e censite nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, c. 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i collaudate nell'anno 2019 e censite nonché in uso, nell'inventario nazionale grandi apparecchiature	100%	100%	100%	100%
9	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata	File D (DPC), File F, File H, CE	Coerenza trimestrale tra valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H e valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE BA0040	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE (BA0040)	Tra 97% e 103%	Tra 97% e 103%	Tra 97% e 103%	Tra 97% e 103%
10	Implementazione del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici	MEF Adempimenti MEF	Avvio del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici	Avvio del meccanismo di trasmissione degli ordini elettronici	Avvio dal 01/10/2019	Avvio dal 01/10/2019	Avvio dal 01/10/2019	Avvio dal 01/10/2019	
11	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Rilevazione ad hoc	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

## PREVENZIONE

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
12	Copertura vaccinale [Vincolante]	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	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%	NO	NO	NO
13		Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	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%	NO	NO	NO
14		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
15	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Personne in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2018	> 50%	NO	NO	NO
16			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Personne in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2018	> 45%	NO	NO	NO
17			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Personne in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2018	> 40%	NO	NO	NO
18	Realizzazione sorveglianza PASSI	ARS su dati ASUR	N. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare	N. interviste effettuate	N. interviste da effettuare	>= 90%	NO	NO	NO
19	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%	NO	NO	NO
20	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 2018)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2018)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2018)	100%	100%	100%	NO
21		Schede Cause di morte	Registrazione schede cause di morte anno 2017	Numero schede cause di morte registrate anno 2017	Numero totale schede cause di morte anno 2017	100%	NO	NO	NO



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
22	Attuazione DGR 540/2015 e DGR 887/2018 (PRP 2014-2019) Programmi 1-4	ASUR	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali per i Programmi 1-4 del PRP in ciascuna Area Vasta	determina in ciascuna Area Vasta	approvazione atti	NO	NO	NO	
23	Attuazione DGR 540/2015 e DGR887/2018 (PRP 2014-2019) Linea progettuale 6.7	ARS su dati ASUR	Registrazione delle attività di controllo ispettivo relative ai cantieri notificati nella piattaforma web Marche Prevenzione	N. cantieri per i quali viene registrata attività ispettiva nella piattaforma web Marche Prevenzione	N. di cantieri notificati e sottoposti a controllo ispettivo (notifiche on line ex art 99)	100%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
24	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGS/AF n.1618 del 28/01/2013 [Vincolante]	SIVA-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%	NO	NO	NO
25			% 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%	NO	NO	NO
26	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	SIVA-VETINFO (NSG)	% Aziende e % Capi ovicaprini 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	NO	NO	NO
27			% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, d.lgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%	NO	NO	NO
28	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	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	NO	NO	NO
29	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-VETINFO (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	NO	NO	NO



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
30	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA-VETINFO (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	NO	NO	NO



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

## ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
31	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG)	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 (≥ 6.170 assistiti)	NO	NO	NO	
32		Flusso SIAD (NSG)	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 (≥ 3.870 assistiti)	NO	NO	NO	
33		Flusso SIAD (NSG)	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)	≥ 2,00 x 1000 (≥ 3.090 assistiti)	NO	NO	NO	
34	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG)	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 (≥ 8.320 assistiti)	NO	NO	NO	
35	Assistenza semi-residenziale	Modello RIA.11 - Quadro H e Modello STS.24 -	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	≥ 140.000	NO	NO	NO	
36	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa <i>non decesso e non</i>	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 40%	NO	NO	NO
37	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica [Vincolante]	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	< 5%	≤ 5%	NO	NO
38	Assistenza specialistica	Flusso C	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per residenti	N. prestazioni di risonanza magnetica individuate sia dal nomenclatore nazionale sia dallo specifico nomenclatore regionale erogate a pazienti residenti	≥ 57.416 [Tolleranza 10%]	≥ 11.015 [Tolleranza 10%]	≥ 5.811 [Tolleranza 10%]	≥ 5.658 [Tolleranza 10%]	
39	Rischio clinico	Flusso SDO (NSG)	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Sepsi post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	< Valore Regionale	< Valore Regionale	< Valore Regionale	≤ 2018
40		Rilevazione ad hoc	Relazioni annuali (art. 2, c. 5, L. 24/2017)	Evidenza nel sito internet aziendale delle relazioni annuali	Pubblicazione sul sito internet	Pubblicazione sul sito internet	Pubblicazione sul sito internet	Pubblicazione sul sito internet	
41		Rilevazione ad hoc	Revisione ed implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute	N. raccomandazioni revisionate ed implementate	Totale raccomandazioni	≥ 3 raccomandazioni su 18	≥ 3 raccomandazioni su 18	≥ 3 raccomandazioni su 18	≥ 3 raccomandazioni su 18



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pr og.	Sub-oggettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
42	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%
43				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%
44	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%
45				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%
46	File C		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
47	Rilevazione ad hoc		Disponibilità di slot dedicati per le prestazioni successive a tutte le visite specialistiche comprese tra le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA, per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow-up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante la disponibilità di slot per la presa in carico nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Pubblicazio ne dell'indicato re sul sito web aziendale con aggiorname nto costante			



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

## ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA

Pr og.	Sub-oggettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
48	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO	Potenziamento prestazioni relative a specifiche attività	(Nº interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2019) - (Nº interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	(Nº interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	≥ 2018 [Tolleranza 10%]
49		Flusso EMUR/118 (NSG) [Vincolante]	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 [Nessuna tolleranza]	NO	NO	NO	
50		Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020		NO
51		Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020		NO
52	Pronto Soccorso	Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020		NO
53		Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020	Documentazione inviata entro il 30/04/2020		NO
54		Flusso EMUR/118	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage)	> 2018	> 2018	> 2018	> 2018
55		Flusso EMUR/118	% pazienti con codice verde visitati entro 60 minuti	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro 60 minuti	Pazienti in PS con codice verde (al triage)	> 2018	> 2018	> 2018	> 2018



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
56	Donazione organi e tessuti	Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	% donatori effettivi di organi	N. Donatori effettivi di organi	N. Pazienti deceduti entro 15 gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta	≥ 2018	≥ 2018	≥ 2018	NO
57		Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	% Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione	N. accertamenti di morte con criteri neurologici	N. Pazienti deceduti entro 15 gg dal ricovero con lesione cerebrale acuta	≥ 2018	≥ 2018	≥ 2018	NO
58		Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	% Donatori di tessuti sottoposti ad accertamento di morte sugli accertamenti di morte	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscoloscheletrico, vasi, valvole, cute e sottocutanee e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte	≥ 2018	≥ 2018	≥ 2018	NO
59		Rilevazione ad hoc	Attuazione DGR 982/2016	Implementazione procedure attivazione trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante, ferro) connessi alle attività trapiantologiche			Implementa zione procedure	NO	NO
60		Rilevazione ad hoc	Costituzione Banca degli Occhi di Fabriano	Predisposizione Atto Aziendale di Costituzione Banca degli Occhi in attuazione della DGR 2951/2001			Predisposiz ione Atto Aziendale	NO	NO
61		Rilevazione ad hoc	Predisposizione di un progetto per la raccolta Cornee	Predisposizione di un progetto per la raccolta Cornee			NO	NO	Predisposiz ione progetto
62	Trapianti d'organo	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 Σ Tempo di attesa di ogni paziente iscritto in lista al 31/12/2019 e Totale pazienti iscritti in lista al 31/12/2019			NO	Documenta zione invia ta ento il 30/04/202 0	NO
63	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG) [Vincolante]	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnosticici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnosticici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnosticici per pazienti residenti 2018	N. Ricoveri in DH diagnosticici per pazienti residenti 2018	- 5%	- 5% [Esclusi pz con età ≤ 16 anni]	≤ 2018	≤ 2018
64		Flusso SDO (NSG) [Vincolante]	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2019 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	- 13,5% [Tolleranza 20%]	- 7% [Tolleranza 20%]	- 4% [Tolleranza 20%]	- 4% [Tolleranza 20%]



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
65		Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17) [Vincolante]	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	≤ 0,17	≤ 0,18	≤ 0,13	≤ 0,12
66		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 inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) e totale prestazioni trasferibili in regime ambulatoriale	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	< 2018	< 2018	< 2018	< 2018
67		Flusso CEDAP (NSG) [Vincolante]	N. Parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTTN	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		< 2018	NO	≤ 2018	NO
68	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG) [Vincolante]	% 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	≥ 80%	≥ 2018	≥ 2018	NO
69		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ 22% [Esclusi pz. con età ≤ 16 anni]	≤ 24%	≤ 24%	≤ 6%
70		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ 2018 [Tolleranza a 5%]	≥ 2018 [Tolleranza a 5%]	≥ 2018 [Tolleranza a 5%]	≥ 2018 [Tolleranza a 5%]
71		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 2018	< 2018	< 2018	< 2018
72		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia > 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	-5%	-5%	≤ 2018	-5%
73		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	-10% [Tolleranza 20%]	-10% [Tolleranza 20%]	≤ 2018 [Tolleranza 20%]	-10% [Tolleranza 20%]
74		Flusso SDO (DM 70/2015)	Rispetto delle soglie minime di volume di attività DM 70/2015	N. Stabilimenti ospedalieri che rispettano le soglie minime di volume di attività DM 70/2015 per IMA e PTCA		> 2018	≥ 2018	≥ 2018	≥ 2018



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Aneona	Target AO MNord	Target INRCA
75	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15, NSG) [Vincolante]	% pazienti sottoposti ad intervento di <b>colecistectomia laparoscopica</b> 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	> 2018	> 2018	> 2018	> 2018	
76	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15, NSG) [Vincolante]	% 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	< 2018	NO	< 2018	NO	
77	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15, NSG) [Vincolante]	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti $\geq$ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti $\geq$ 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 $\geq$ 1000	< 2018	< 2018	NO	NO	
78	"Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15)	% di IMA trattati con <b>PTCA entro 2 gg</b>	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	$\geq$ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	$\geq$ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	$\geq$ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	> 2018
79	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 giorni per intervento di <b>by pass aorto-coronarico isolato</b>	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di <b>by pass aorto-coronarico isolato</b>	Numero totale ricoveri per <b>by pass aorto-coronarico isolato</b>	NO	$\leq$ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO	NO	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

Pr og.	Sub-oggettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
80	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	Mortalità a 30 giorni (aggiustata per gravità) per intervento di <b>valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata</b> (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	Numero totale ricoveri intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	NO	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO	NO	
81	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di <b>Ictus Ischemico</b>	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	< 2018	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	
82	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dia ricoveri per <b>BPCO riacutizzata</b>	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	< 2018	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	
83	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	Proporzione di <b>colecistectomie laparoscopiche</b> eseguite in U.O. con volumi di attività > 100 interventi annuali (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annuali (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	> 2018	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	> 2018	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
84	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per <b>tumore della mammella</b> eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annuali (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annuali (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 50% per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	> 2018	
85	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Interventi per <b>tumore della mammella</b> : % nuovi int. di resezione entro 120 gg da int. TM conservativo	N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella	N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella	< 2018	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO	
86	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Int. TM polmone: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO	NO	
87	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	< 2018	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pr og.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
88	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15)	Parto naturale: % complicanze	N° ricoveri per parto naturale con una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto naturale	< 2018	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO
89	"Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15)	Parto cesareo: % complicanze	N° ricoveri per parto cesareo con una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto cesareo	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO
90	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. I, c.528, L.208/15)	Frattura tibia e perone: Tempo mediano attesa per int.	T. attesa mediano da ricovero a int. per frattura della tibia e/o della fibula		NO	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

FARMACEUTICA

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
91	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSN)	Report monitoraggio spesa farmaceutica AIFA; Modello CE	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.I.A.1.1 + B.15.A)	Spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.I.A.1.1 + B.15.A)	-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018				
92	Rispetto del tetto di spesa per ossigeno (Tetto 0,20% FSN)	Report monitoraggio spesa farmaceutica AIFA; Piano dei conti Aziendale	Valore economico della spesa per ossigeno 2019	Valore economico della spesa per ossigeno 2019	≤ 2018 + 1%	≤ 2018 + 1%	≤ 2018 + 1%	≤ 2018 + 1%	
93	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7,96% FSN) <u>[Vincolante]</u>	Report monitoraggio spesa farmaceutica AIFA; Distinte Contabili Riepilogative (ARS)	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata netta 2019	≤ 2018	NO	NO	NO	
94	Rispetto del tetto della spesa DM (4,4% FSN da lettera b) art. 9-ter Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125)	Modello CE	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.I.A.3) 2019	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.I.A.3) 2019	< 2018	< 2018	< 2018	< 2018	
95	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 1764/2018)	Rilevazione ad hoc	% PT verificati su totale PT	N° PT verificati	N° tot. PT	100%	100%	100%	100%
96		Rilevazione ad hoc	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
97		Flusso farmaci in DPC	% DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore) sul totale DDD Enoxaparina	DDD Enoxaparina a minor costo (biosimilare / originatore)	Totale DDD Enoxaparina	≥ 80%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
98		Rilevazione ad hoc	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	≥ 3	≥ 3	≥ 3	≥ 3	
99	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	File F	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
100		Flusso farmacie convenzionate	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 99%	NO	NO	NO



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
101	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03, N02AX06) anno 2019) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03, N02AX06) anno 2018)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03, N02AX06) anno 2018)	≥ 2%	≥ 2%	≥ 2%	≥ 2%
102	Incremento segnalazioni ADR	RNFV/ Vigifarmaco	Variazione % n. ADR rispetto all'anno precedente	N° ADR 2019 - N° ADR 2018	N° ADR 2018	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%
103	Rispetto della compilazione Registri AIFA [Vincolante]	Registri AIFA (Piattaforma SAS)	% dispensazioni farmaci registri AIFA su totale richieste farmaci registri AIFA	N° dispensazioni farmaci registri AIFA	N° totale richieste farmaci registri AIFA	100%	100%	100%	100%
104		Registri AIFA (Piattaforma SAS)	% trattamenti chiusi su trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi	N° trattamenti chiusi (compilazione scheda fine trattamento)	N° trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi	90% [Tolleranza 20%]	90% [Tolleranza 20%]	90% [Tolleranza 20%]	90% [Tolleranza 20%]
105	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	(NSG) (Per ASUR: Flusso farmacie convenzionate, File F) (Per AAOO e INRCA: File H)	Variazione % DDD antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC J01) anno 2019) - (N° DDD (ATC J01) anno 2018)	(N° DDD (ATC J01) anno 2018)	-6% [Tolleranza 20%]	-4% [Tolleranza 20%]	-4% [Tolleranza 20%]	-4% [Tolleranza 20%]
106	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche (DGR 1764/2018)	Rilevazione ad hoc	N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori al 200.000 abitanti	N° UFA centralizzate in logica interaziendale, con bacini di utenza superiori al 200.000 abitanti	≤ 3	1	1	NO	
107	Allestimento di Bevacizumab intravitreale	Rilevazione ad hoc	% Unità posologiche Bevacizumab intravitreale su totale unità posologiche Bevacizumab intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitreale per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
108			% Unità posologiche Bevacizumab intravitreale su totale unità posologiche Bevacizumab intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitreale per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitreale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	≥ 46%	≥ 46%	≥ 46%	≥ 46%



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pro g.	Sub-oggetti	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
109	Numeri di Repertorio DM	flusso consumi DM, flusso contratti DM	% N. di reportorio flusso consumi DM e flusso contratti DM con riferimento ai contratti attivi 2019 sul totale n. di reportorio flusso consumi DM	N. di reportorio flusso consumi DM e flusso contratti DM con riferimento ai contratti attivi 2019	Totale n. di reportorio flusso consumi DM	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%
110		flusso consumi DM, fatture elettroniche DM	% N. di reportorio fatture elettroniche DM su numeri di reportorio flusso consumi DM	N. di reportorio fatture elettroniche DM	N. di reportorio flusso consumi DM	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
111	Coerenza modello CE e fatture elettroniche DM	modello CE, fatture elettroniche DM	Rapporto tra valore B.I.A.3.1 Dispositivi Medici e B.I.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi e fatture elettroniche DM	valore B.I.A.3.1 Dispositivi Medici e B.I.A.3.2. Dispositivi Medici impiantabili attivi	Valori economici fatture elettroniche DM	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1
112	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE	modello CE, flusso DM	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati nel flusso DM con il modello CE (B.I.A.3.1 e B.I.A.3.2.)	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.I.A.3.1 Dispositivi Medici e B.I.A.3.2 Dispositivi Medici impiantabili attivi)	Tra 95% e 105%	Tra 95% e 105%	Tra 95% e 105%	Tra 95% e 105%
113	Coerenza fatture elettroniche DM e flusso DM	fatture elettroniche DM, flusso DM	% rapporto tra flusso DM e fatture elettroniche DM	Valori economici rendicontati nel flusso DM	Valori economici fatture elettroniche DM	≥ 65%	≥ 65%	≥ 65%	≥ 65%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

**SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO  
ELETTRONICO**

Pro g.	Sub-oggetti	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA	
114	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione [Vincolante]	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzate prodotte (rilevate da comma 11) SAC	N° totale ricette di specialistica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 75%	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	
115	Prescrizioni dematerializzate per la farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS e specialisti) [Vincolante]		% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 90%	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	
116	Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione		% Ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialistica trasmesse via comma 11 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI via comma 11	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	
117		Rilevazione ad hoc	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE			> 80.000	> 30.000	> 15.000	> 5.000
118	Costituzione nucleo minimo FSE		Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotti ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE			> 5.000	> 1.000	> 1.000	> 600
119			Produzione e trasmissione (metadati) dei referti di laboratorio al Sistema FSE	N.ro dei referti di laboratorio prodotti e trasmessi (metadati) al Sistema FSE	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2019	90% (inclusi le strutture private accreditate)	90%	90%	90%	
120	Diffusione del FSE	FSE	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		> 310.000 (inclusi MMG/PLS)	> 7.000	> 4.000	> 2.000	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera  
415

Pro g.	Sub-oggetti	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
121	Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore		Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione ed eventuale restituzione dei presidi di protesica maggiore	N. autorizzazioni informatizzate di presidio di protesica maggiore con sistema SIRTE (anno 2019)		> 20.000 (minimo 1000 per ogni AV)	NO	NO	NO
122	Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati	Sistema Informativo per la rete del territorio (SIRTE); Rilevazione ad hoc	Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione del servizio di trasporto programmato	N.ro delle richieste informatizzate di trasporto programmato effettuate dai prescrittori con sistema SIRTE (anno 2019)	Totale delle richieste di trasporto programmato gestite (anno 2019)	> 25% [Tolleranza 20%]	> 25% [Tolleranza 20%]	> 25% [Tolleranza 20%]	> 25% [Tolleranza 20%]
123	Continuità assistenziale		Richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE) (Da rendicontare tramite reportistica da inviare alla P.F. HTA e Tecnologi Biomediche entro 31/05/2020)	N. richieste di dimissioni protette informatizzate (mediante sistema informativo per la rete del territorio SIRTE nel 2019)	N. totale delle richieste di dimissioni protette nel 2019	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%
124	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	Rilevazione ad hoc	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di bandi avviati nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	100%	100%	100%	100%
125		Rilevazione ad hoc		Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17 per l'anno 2019	100%	100%	100%	100%



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

## RISORSE UMANE

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
126	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Conto Anuale	Riduzione n. SOC	(N. SOC al 31/12/2019) - (N. SOC al 31/12/2018)		-5	-3	-1	-1
127		Conto Anuale	Riduzione n. SOS	(N. SOS al 31/12/2019) - (N. SOS al 31/12/2018)		-30	NO	-1	-1
128	Riduzione precariato [Vincolante]	Rilevazione ad hoc	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	(N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2019 - N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) / (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) [Le stabilizzazioni ex DGR 770/2017 effettuate nel 2018 sono da intendersi come UE a TD]		- 2,5% rispetto al 2018	- 2,5% rispetto al 2018	- 2,5% rispetto al 2018	- 2,5% rispetto al 2018



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

## ATTIVITA' TRASFUSIONALE - Target DIRMT

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
129	Autosufficienza di emocomponenti "driver" [Vincolante]	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]		
130	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) [Vincolante]	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]		
131	Piano di produzione regionale 2019 - Sangue e Plasma	Centro Nazionale Sangue (SISTRA)	Piano di produzione regionale 2019 Sangue Intero	Produzione sangue intero anno 2019			≥ 78.000 [Target DIRMT]		
132			Piano di produzione regionale 2019 - Plasmafesi	Produzione plasmafesi anno 2019			≥ 20.000 [Target DIRMT]		
133			Contribuzione all'autosufficienza nazionale	N. Unità emazie messe a disposizione per l'autosufficienza nazionale			≥ 1.000 [Target DIRMT]		
134	Piano di lavorazione industriale 2019 - Produzione farmaci	Report CNS - Kedrion	Plasma Frazionato Kg	Produzione plasma frazionato Kg			> 35.000 [Target DIRMT]		
135			Ig Vena 5 g flac	Produzione ig vena 5 g flac			> 23.000 [Target DIRMT]		
136			Plasma di Grado Farmaceutico sacche	Produzione plasma di grado farmaceutico sacche			Garantire la richiesta regionale o > 6.000 [Target DIRMT]		
137	Aggiornamento percorsi formativi e adeguamento dei modelli organizzativi	Rilevazione ad hoc	VIII Corso di formazione per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi	Effettuazione VIII Corso di formazione per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi			Effettuazione corso entro 10/2019 [Target DIRMT]		
138			Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO	Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO			Effettuazione corso entro 11/2019 [Target DIRMT]		
139	Potenziamento dell'offerta	Rilevazione ad hoc	Campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS	Proseguo delle campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS e Progetto incentivazione per incremento donatori			Proseguo delle campagne promozionali [Target DIRMT]		
140			Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione col l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV			Documentazione inviata entro il 31/01/2020 [Target ASUR]		
141	Attuazione DGR 182/2017	Rilevazione ad hoc	Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predisposizione protocolli basati sul PBM	Predisposizione ed aggiornamento linee guida per utilizzo clinico appropriato emocomponenti e farmaci plasmaderivati e predisposizione protocolli basati sul PBM			Adozione provvedimenti formali [Target ASUR]	Adozione provvedimenti formali [Target AOUOR]	Adozione provvedimenti formali [Target AOMN] NO



*Allegato B*

## Obiettivi economici 2019 (Enti SSR)

### 1. Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

### 2. Rispetto del tetto di spesa del personale.

### 3. Rispetto del budget di costi.

Il budget dei costi è il totale degli aggregati economici, al netto degli scambi SSR, assegnato dalla Regione agli enti del SSR per l'anno 2019, così come eventualmente rimodulato nei bilanci di previsione 2019, approvati dalla Giunta regionale. Il tetto dei costi, come definito nei bilanci di previsione 2019, può essere superato a fronte di maggiori entrate legate sia ad operazioni straordinarie sia ad altre entrate proprie dell'azienda, validate dal Servizio Sanità. Il grado di raggiungimento dell'obiettivo è determinato sulla base dei criteri di seguito specificati.

Scostamento % Obiettivo	Riconoscimento % Obiettivo
<=0	100%
>0% e <=0,1%	75%
>0,1% e <=0,2%	50%
>0,2% e <=0,3%	30%
>0,3%	0%

### 4. Rispetto dei tempi di pagamento

Secondo quanto sancito al c. 865 dell'Articolo 1 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), l'obiettivo sul rispetto dei tempi di pagamento:

- non è considerato raggiunto qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
- è considerato raggiunto al 50% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;
- è considerato raggiunto al 75% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
- è considerato raggiunto al 90% qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

Gli obiettivi economici sono valutati per gli Enti del SSR sulla base dei dati risultanti dal bilancio consuntivo dell'Azienda approvato dalla Regione Marche.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

delibera

415

## Obiettivi economici 2019 (Dirmt)

Per il Dipartimento di Medicina Trasfusionale verrà valutato esclusivamente l'obiettivo del rispetto del tetto dei costi. Dopo aver determinato lo scostamento percentuale del tetto dei costi, il grado di raggiungimento dell'obiettivo è determinato sulla base dei criteri di seguito specificati.

Scostamento % obiettivo	Riconoscimento % obiettivo
<= 0%	100%
> 0% e <= 0,05%	25%
> 0,05% e <= 0,07%	10%
> 0,07%	0%