





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

OGGETTO: D. Lgs. 171/2016 e s.m.i. Artt. 2, 6, 9. – Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. - Approvazione criteri anno 2019.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

**DELIBERA**

- di approvare i criteri per l'anno 2019 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 di Pesaro, dell'INRCA, dal Direttore del DIRMT, contenuti negli allegati A), B), C) e D) alla presente deliberazione, che ne formano parte integrante e sostanziale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Deborah Giraldo

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Luca Ceriseioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

### DOCUMENTO ISTRUTTORIO

- Il D. Lgs. 171/2016, così come modificato dal D. Lgs. 126/2017, all'art. 9 dispone, tra l'altro, l'abrogazione del comma 5 dell'art. 3-bis del D. Lgs. 502/1992 a decorrere dalla data di istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale (istituzione avvenuta lo scorso febbraio), stabilendo, altresì, che "... *tutti i riferimenti normativi ai commi abrogati dell'art. 3 bis devono, conseguentemente, intendersi come riferimenti alle disposizioni del presente decreto*";

- L'art. 2, comma 3, del predetto decreto 171/2016, stabilisce che, al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, con Accordo sancito, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:

a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati;

b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste di attesa e la puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'appropriatezza prescrittiva;

c) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale;

d) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

Il succitato decreto 171/2016 specifica, inoltre, all'art. 6, che le disposizioni di cui all'art. 2 si applicano anche alle Aziende ospedaliere universitarie.

L'articolo 1, comma 5, del D.P.C.M. n. 502/1995, così come modificato dal D.P.C.M. n. 319/2001 (*Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*) ha previsto che il trattamento economico dei direttori generali può essere integrato di una ulteriore quota, fino al venti per cento dello stesso, previa valutazione, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del decreto legislativo n. 502/1992 (oggi art. 2, comma 3 del D. Lgs. n. 171/2016 e succ. mod.), dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente dalla Regione.

Nei contratti sottoscritti dalla Regione con i direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale è stata inserita l'integrazione del trattamento economico prevista dal sopracitato D.P.C.M. n. 502/1995. Nei contratti individuali di lavoro sono state altresì previste ipotesi di decadenza automatica, in particolare nelle ipotesi di "... *mancato raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario, mancato conseguimento degli obiettivi di salute ed assistenziali...* ".

L'articolo 3, comma 2, lett. b) della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (*Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale*) ha attribuito alla Giunta regionale il compito di definire gli obiettivi specifici per gli enti del Servizio sanitario regionale.

Con DGR n. 1779/2018, la Giunta regionale ha autorizzato le Aziende e gli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2019.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

Ai sensi di quanto stabilito al comma 865 dell'articolo 1 della L. 145/2018 (Legge di bilancio 2019), *"...per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. 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 per cento 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 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;*
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni."*

Sulla base delle disposizioni sopra richiamate, si è reso pertanto necessario assegnare ai Direttori Generali degli Enti del S.S.R. gli obiettivi economico – gestionali 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", gli obiettivi economici, i punteggi assegnati ai vari gruppi di indicatori ed i criteri per il raggiungimento di tali punteggi.

I criteri di valutazione per l'anno 2019, allegati al presente atto, cui correlare la retribuzione di risultato delle Direzioni Generali e del Direttore del DIRMT, sono di carattere economico e sanitario e al raggiungimento degli stessi consegue l'attribuzione di un punteggio.

L'assetto generale di valutazione degli obiettivi dei direttori generali degli enti del SSR per l'anno 2019 è determinato come segue:

- 60 punti assegnati agli obiettivi di carattere economico;
- 40 punti assegnati agli obiettivi di carattere sanitario.

M

Le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

L'assetto generale di valutazione degli obiettivi del direttore del DIRMT è determinato come segue:

- 50 punti assegnati agli obiettivi di carattere economico;
- 50 punti assegnati agli obiettivi di carattere sanitario.

L'attribuzione del punteggio complessivo assegnato ai Direttori determina l'attribuzione del trattamento annuo lordo di risultato aggiuntivo previsto all'interno dei contratti sottoscritti dai Direttori stessi.

Il compenso lordo aggiuntivo di risultato, a carico dei bilanci degli enti del SSR, è corrisposto in dodicesimi, in ragione degli effettivi mesi d'incarico espletato dalle direzioni.

Ciò premesso, per le motivazioni sopra espresse, si propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 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 DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento  
Anna Maria Lelii

#### PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. CONTROLLO ATTI ED ATTIVITA' ISPETTIVA

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

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa aggiuntivo a carico del bilancio della regione.

Il Dirigente Responsabile  
Anna Maria Lelii

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 DPR 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 DPR 62/2013 e della DGR 64/2014 e propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione

Il Dirigente  
Lucia Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. 24 pagine, di cui n. 18 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta  
Deborah Girardi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

*Allegato A*

L'assetto generale di valutazione degli obiettivi dei Direttori generali degli Enti del SSR è determinato come segue:

- 60 punti assegnati agli obiettivi di carattere economico;
- 40 punti assegnati agli obiettivi di carattere sanitario.

### **OBIETTIVI ECONOMICI DELLE DIREZIONI GENERALI DEGLI ENTI DEL SSR – (60 PUNTI)**

Gli obiettivi economici sono valutati per i Direttori degli Enti del SSR sulla base dei dati risultanti dal bilancio consuntivo dell'Azienda approvato dalla Regione Marche. Il raggiungimento degli obiettivi consente l'attribuzione dei 60 punti secondo la seguente articolazione:

#### **1.1. Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio e rispetto del tetto di spesa del personale: 20 punti**

#### **1.2. Rispetto del budget di costi: 10 punti**

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.

I 10 punti sono attribuiti in proporzione allo scostamento, come indicato nella seguente tabella:

<b>Obiettivo 1.2: Rispetto del budget di costi</b>		
<b>10 punti</b>		
Scostamento % Obiettivo	Riconoscimento % Obiettivo	Punteggio
$\leq 0$	100%	10
$> 0\%$ e $\leq 0,1\%$	75%	7.5
$> 0,1\%$ e $\leq 0,2\%$	50%	5
$> 0,2\%$ e $\leq 0,3\%$	30%	3.3
$> 0,3\%$	0%	0



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

### 1.3. Rispetto dei tempi di pagamento: 30 punti

Per l'anno 2019, ai sensi di quanto stabilito al c. 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 quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. 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 per cento 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 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.”





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

**Allegato B**

**OBIETTIVI SANITARI DELLE DIREZIONI GENERALI DEGLI ENTI DEL SSR – (40 PUNTI)**

Per l'anno 2019 gli obiettivi sanitari assegnati alle Direzioni Generali consentono l'attribuzione di 40 punti.

Gli obiettivi sanitari utilizzati per la valutazione sono suddivisi nelle seguenti aree di attività:

- prevenzione;
- veterinaria e sicurezza alimentare;
- assistenza distrettuale, territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria;
- assistenza ospedaliera ed emergenza-urgenza;
- farmaceutica;
- sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico;
- risorse umane;
- attività trasfusionale.

Per ogni area di attività sono presenti uno o più raggruppamenti di obiettivi e relativi indicatori.

Ad ogni raggruppamento di indicatori corrisponde un punteggio; il punteggio è raggiunto se viene conseguito il numero minimo di indicatori definito nella sezione relativa ai "criteri per gruppi di indicatori" della tabella riepilogativa di valutazione degli obiettivi sanitari, di seguito riportata.

Per ogni raggruppamento di indicatori, il criterio indica il numero di indicatori in relazione ai quali è necessario raggiungere il target per poter ottenere il punteggio massimo previsto.

Tale punteggio viene ridotto (secondo le percentuali indicate) in relazione al numero di risultati (obiettivi) effettivamente conseguiti.

All'interno di ogni raggruppamento, inoltre, alcuni obiettivi particolarmente critici sono indicati come "vincolanti", cioè devono essere obbligatoriamente conseguiti, altrimenti il punteggio di tutto il raggruppamento verrà comunque azzerato.

Il conseguimento di ogni singolo indicatore è determinato dal raggiungimento del target indicato. In relazione al fatto che vi sono obiettivi nuovi o particolarmente critici, per i quali è quindi opportuno favorire il raggiungimento, al fine di considerare "effettivamente conseguito" ciascun singolo obiettivo, al target del relativo indicatore è applicata una tolleranza di  $\pm 5\%$  rispetto al valore di riferimento;

se l'indicatore è "vincolante", la tolleranza è del  $\pm 10\%$ , salvo diversa indicazione della tolleranza in alcuni casi specifici.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

TABELLA RIEPILOGATIVA VALUTAZIONE OBIETTIVI SANITARI

	Gruppo indicatori	Punteggi				Criteri per gruppi di indicatori (n. indicatori conseguiti)			
		ASUR	AOUOR	AOMN	INRCA	ASUR	AOUOR	AOMN	INRCA
Prevenzione	1 - 10	4,5				10/10 100% 9/10 80% 8/10 50% 7/10 0%	-	-	-
Veterinaria e sicurezza alimentare	11 - 17	4,5				7/7 100% 6/7 80% 5/7 50% 4/7 0%	-	-	-
Assistenza distrettuale, territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria	18 - 23	6				6/6 100% 5/6 80% 4/6 50% 3/6 0%	-	-	-
	24 - 30	3,5	3	3	3	7/7 100% 6/7 80% 5/7 50% 4/7 0%	6/6 100% 5/6 80% 4/6 50% 3/6 0%	5/5 100% 4/5 80% 3/5 50% 2/5 0%	5/5 100% 4/5 80% 3/5 50% 2/5 0%
Assistenza ospedaliera ed emergenza-urgenza	31 - 36	2,5	6	6	2,5	6/6 100% 5/6 80% 4/6 50% 3/6 0%	5/5 100% 4/5 80% 3/5 50% 2/5 0%	5/5 100% 4/5 80% 3/5 50% 2/5 0%	2/2
	37 - 47	3	8	8	10,5	11/11 100% 10/11 80% 9/11 50% 8/11 0%	10/10 100% 9/10 80% 8/10 50% 7/10 0%	11/11 100% 10/11 80% 9/11 50% 8/11 0%	9/9 100% 8/9 80% 7/9 50% 6/9 0%
	48 - 61	3	8	8	9,5	12/12 100% 11/12 80% 10/12 50% 9/12 0%	13/13 100% 12/13 80% 11/13 50% 10/13 0%	11/11 100% 10/11 80% 9/11 50% 8/11 0%	7/7 100% 6/7 80% 5/7 50% 4/7 0%
Farmaceutica	62 - 70	5	6	6	6	9/9 100% 8/9 80% 7/9 50% 6/9 0%	8/8 100% 7/8 80% 6/8 50% 5/8 0%	8/8 100% 7/8 80% 6/8 50% 5/8 0%	7/7 100% 6/7 80% 5/7 50% 4/7 0%
Sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico	71 - 80	3,5	4	4	4	10/10 100% 9/10 80% 8/10 50% 7/10 0%	9/9 100% 8/9 80% 7/9 50% 6/9 0%	9/9 100% 8/9 80% 7/9 50% 6/9 0%	9/9 100% 8/9 80% 7/9 50% 6/9 0%
Risorse umane	81 - 83	4	4,5	4,5	4,5	3/3 100% 2/3 50% 1/3 0%	2/2	3/3 100% 2/3 50% 1/3 0%	3/3 100% 2/3 50% 1/3 0%
Attività Trasfusionale	95 - 96	0,5	0,5	0,5		2/2	1/1	1/1	-

*Res*

*M*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

*Allegato C*

### **OBIETTIVI PER LA DIREZIONE DEL DIRMT**

L'assetto generale di valutazione degli obiettivi del direttore del DIRMT è determinato come segue:  
50 punti assegnati agli obiettivi di carattere economico;  
50 punti assegnati agli obiettivi di carattere sanitario.

### **OBIETTIVI ECONOMICI PER IL DIRETTORE DEL DIRMT - 50 punti**

Per il Direttore del Dipartimento di Medicina Trasfusionale verrà valutato esclusivamente l'obiettivo del rispetto del tetto dei costi cui verranno assegnati punti 50. Dopo aver determinato lo scostamento percentuale del tetto dei costi si procede all'attribuzione del punteggio nel seguente modo:

<b>Obiettivo: Rispetto del tetto dei costi</b>		
<b>50 punti</b>		
Scostamento % obiettivo	Riconoscimento % obiettivo	Punteggio
$\leq 0\%$	100%	50
$> 0\%$ e $\leq 0,05\%$	25%	12,5
$> 0,05\%$ e $\leq 0,07\%$	10%	5
$> 0,07\%$	0%	0

### **OBIETTIVI SANITARI PER IL DIRETTORE DEL DIRMT - 50 PUNTI**

Per l'anno 2019, gli obiettivi sanitari utilizzati per la valutazione della Direzione del DIRMT sono definiti nell'area "Attività trasfusionale" a cui è assegnato un peso per un totale di 50 punti. Ogni obiettivo è suddiviso in uno o più sub-obiettivi e relativi indicatori, individuati dal numero 84 al numero 94.

Il punteggio è raggiunto se viene conseguito il numero minimo di indicatori definito nella sezione relativa ai "criteri di raggiungimento punteggi gruppi indicatori" della tabella riepilogativa di valutazione degli obiettivi sanitari.

Per il raggruppamento di indicatori, il criterio indica il numero di indicatori di cui è necessario raggiungere il target per poter ottenere il punteggio massimo previsto. Tale punteggio viene ridotto (secondo le percentuali indicate) in relazione al numero di risultati (obiettivi) effettivamente conseguiti.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

Il conseguimento di ogni singolo indicatore è determinato dal raggiungimento del target indicato.

Al fine di considerare "effettivamente conseguito" ciascun singolo obiettivo, al target del relativo indicatore è applicata una tolleranza di  $\pm 5\%$  rispetto al valore di riferimento; se l'indicatore è "vincolante", la tolleranza è del  $\pm 10\%$ , salvo diversa indicazione della tolleranza in alcuni casi specifici.

	Gruppo indicatori	Punteggi	Criteri per gruppi di indicatori
		DIRMT	DIRMT
Attività Trasfusionale	84 - 94	50	11/11 100% 10/11 80% 9/11 50% 8/11 0%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

*Allegato D*

## Obiettivi sanitari 2019

### PREVENZIONE

Val . 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
1	Copertura vaccinale [Vinculante]	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
2		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
3		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
4	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	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2018	> 50%	NO	NO	NO
5			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2018	> 45%	NO	NO	NO
6			% 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 2018 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2018	> 40%	NO	NO	NO
7	Realizzazione sorveglianza PASSI	ARS su dati ASUR	N. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare	N. interviste effettuate	N. interviste da effettuare	≥ 90%	NO	NO	NO
8	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. Aziende controllate	N aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%	NO	NO	NO
9	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 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
10		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

*Res*

*M*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

**VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE**

Val 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancena	Target AO MEford	Target ENRCA
11	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF 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
12			% 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
13	ANAGRAFI ZOOTECNICHE 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	NO	NO	NO
14			% 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%	NO	NO	NO
15	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
16	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI- attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep. 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota 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-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
17	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

*M*

*Res*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

414

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

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

Val. 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
18	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
19		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
20		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
21	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
22	Assistenza semi-residenziale	Modello RJA.11 - Quadro H e Modello STS.24 - Quadro F	Giornate di assistenza per attività semi-residenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili	Giornate di assistenza per attività semi-residenziale in strutture che erogano assistenza ai disabili psichici e ai disabili fisici residenti in regione		≥ 140.000	NO	NO	NO
23	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	∑ 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	> 40%	NO	NO	NO
24	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica [Vinculenti]	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

M



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

414

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

Val. 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
25	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	>90%	>90%	>90%
26				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%
27		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%
28				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%
29		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
30		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	Publicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamento costante	Publicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamento costante	Publicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamento costante	Publicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamento costante	





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

**ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA**

Val - 19	Sub-obietti	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO ANord	Target INRCA
31	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO	Potenziamento prestazioni relative a specifiche attività	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2019) / (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	≥ 2018 [Tolleranza 10%]
32	Pronto Soccorso	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
33		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
34	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
35		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
36		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 sottocutaneo e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte		≥ 2018	≥ 2018	≥ 2018
37	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG) [Vincolante]	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	- 5%	- 5% [Esclusi pz. con età ≤ 16 anni]	≤ 2018	≤ 2018
38		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. \_\_\_\_\_

Val. 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancena	Target AO ANord	Target ERCA
39	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17) [Vincolante]	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,17	≤ 0,18	≤ 0,13	≤ 0,12
40		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 inapproprietezza 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 inapproprietezza in regime di day surgery (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	< 2018	< 2018	< 2018	< 2018
41		Flusso CEDAP (NSG) [Vincolante]	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		< 2018	NO	≤ 2018	NO
42		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
43		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%	≤ 24% [Esclusi pz. con età ≤ 16 anni]	≤ 24%	≤ 6%
44		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 inapproprietezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inapproprietezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inapproprietezza)	≥ 2018 [Tolleranza 5%]	≥ 2018 [Tolleranza 5%]	≥ 2018 [Tolleranza 5%]	≥ 2018 [Tolleranza 5%]
45		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
46		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%
47		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%]
48	"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) [Vincolante]	% 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	> 2018	> 2018	> 2018	> 2018

M

*[Handwritten signature]*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

Val. 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Anciana	Target AO MeNord	Target ENRCA
49	"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) [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
50		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, 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 : 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	< 2018	< 2018	NO	NO
51		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	> 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
52		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 giorni per intervento di <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	Numero totale ricoveri per <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	NO	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	NO	NO
53		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
54		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

*re*

*M*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

55	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	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
56		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 annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	> 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
57		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 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	≥ 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
58		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. 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
59		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
60		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, 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	NO
61		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, 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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

**FARMACEUTICA**

Val. 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
62	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.1.A.1.1 + B.15.A)	Spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A)		-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018	-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018	-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018	-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018
63	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (Tetto 7,96% FSN) [Vincolante]	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
64	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.1.A.3) 2019	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019		< 2018	< 2018	< 2018	< 2018
65	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%
66		Registri AIFA (Piattaforma SAS)	% trattamenti chiusi su trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi	N° trattamenti chiusi (completazione 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%]
67	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%]
68	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
69	Allestimento di Bevacizumab intravitale	Rilevazione ad hoc	% Unità posologiche Bevacizumab intravitale su totale unità posologiche Bevacizumab intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitale per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
70			% Unità posologiche Bevacizumab intravitale su totale unità posologiche Bevacizumab intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitale per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumab intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	≥ 46%	≥ 46%	≥ 46%	≥ 46%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
414

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

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

Val. 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA	
71	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 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)	
72	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)	
73	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%	
74	Costituzione nucleo minimo FSE	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	
75			Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotte ed archivate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 5.000	> 1.000	> 1.000	> 600	
76			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% (incluse le strutture private accreditate)	90%	90%	90%	
77	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	
78	Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore	Sistema Informativo per la rete del territorio (SIRTE); Rilevazione ad hoc	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	
79	Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati		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%]
80	Continuità assistenziale		Ricieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE) (Da rendicontare tramite reportistica da inviare alla P.F. HTA e Tecnologie Biomediche entro 31/05/2020)	N. richieste di dimissioni protette informatizzate (mediante sistema informativo per la rete del territorio SIRTE nel 2019)	N. totale delle richieste di dimissioni protette nel 2019		> 90%	> 90%	> 90%	> 90%

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera <b>414</b>
------------------------

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

**RISORSE UMANE**

Val. IP	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASGR	Target AOU Ancena	Target AO MVerdi	Target INRCA
81	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
82		Conto Anuale	Riduzione n. SOS	(N. SOS al 31/12/2019) - (N. SOS al 31/12/2018)		-30	NO	-1	-1
83	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

*des*

*M*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera  
**414**

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

**ATTIVITA' TRASFUSIONALE - Target DIRMT**

Val 19	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
84	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]		
85	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]		
86	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]		
87			Piano di produzione regionale 2019 - Plasmaferesi	Produzione plasmaferesi anno 2019			≥ 20.000 [Target Dirmt]		
88			Contribuzione all'autosufficienza nazionale	N. Unità emazie messe a disposizione per l'autosufficienza nazionale			≥ 1.000 [Target Dirmt]		
89	Piano di lavorazione industriale 2019 - Produzione farmaci	Report CNS - Kedrion	Plasma Frazionato Kg	Produzione plasma frazionato Kg			> 35.000 [Target Dirmt]		
90			Ig Vena 5 g flac	Produzione ig vena 5 g flac			> 23.000 [Target Dirmt]		
91			Plasma di Grado Farmaceutico sacche	Produzione plasma di grado farmaceutico sacche			Garantire la richiesta regionale o > 6.000 [Target Dirmt]		
92	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]		
93			Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfuzionisti) per la raccolta SCO	Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfuzionisti) per la raccolta SCO			Effettuazione corso entro 11/2019 [Target Dirmt]		
94	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			Prosecuzione delle campagne promozionali [Target Dirmt]		
95			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]			
96	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