

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: D.Lgs. 171/2016 e s.m.i. - 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, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Definizione criteri anno 2022.

### LA GIUNTA REGIONALE

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

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5 della Legge regionale 30.07.2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

### DELIBERA

- di definire i criteri per l'anno 2022 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT, contenuti nell'allegato A alla presente deliberazione, che ne forma parte integrante e sostanziale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Francesco Maria Nocelli)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
(Francesco Acquaroli)

Documento informatico firmato digitalmente

Documento informatico firmato digitalmente



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### DOCUMENTO ISTRUTTORIO

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

La pandemia ha fortemente condizionato l'intero servizio sanitario stravolgendo le modalità di erogazione di servizi e prestazioni e mettendo a dura prova la capacità di risposta del sistema a livello ospedaliero e territoriale, conclusa la fase emergenziale, per l'anno 2022 il sistema sanitario deve affrontare la sfida di tornare nelle condizioni di una ordinaria programmazione dei servizi.

In questo senso, l'individuazione degli obiettivi sanitari per gli Enti del SSR, per l'anno 2022, è quindi rivolta alla consapevolezza di dover garantire livelli di assistenza a tutte le forme di domanda e di bisogno dei cittadini.

Di conseguenza, gli Enti del SSR e il DIRMT hanno l'obbligo di ottemperare alle disposizioni stabilite dal MEF, dal Ministero della Salute e dalla Regione per soddisfare gli adempimenti previsti dalla normativa vigente, pur nella considerazione della criticità della grave situazione da cui si sta faticosamente ma positivamente uscendo. Il rispetto degli adempimenti, a tutti i livelli istituzionali, costituisce d'altronde un obiettivo fondamentale sia della Regione verso il livello centrale nazionale, sia degli Enti del SSR verso la Regione. Il mancato rispetto degli adempimenti verso il livello centrale nazionale comporterebbe, infatti, una decurtazione della quota di riparto del FSN fino al 3% dell'importo spettante alla Regione, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario.

La scelta degli obiettivi sanitari assegnati risulta coerente con la più recente normativa nazionale e regionale orientata all'appropriatezza e all'efficienza, nonché al perseguimento dei maggiori livelli qualitativi nell'erogazione di prestazioni e servizi.

Appare opportuno ricordare che i contratti stipulati con i Direttori generali degli Enti approvati con DGR n. 1424, n. 1425, n. 1426, n. 1427 del 18.11.2019, rettificati dalla DGR n. 1534 del 06.12.2019 e con il Direttore del DIRMT approvato con DGR n. 990/2021, prevedono che ciascun Direttore Generale si impegni a dare attuazione agli obiettivi stabiliti nel Piano socio-sanitario regionale e nell'atto aziendale nonché agli obiettivi specifici stabiliti annualmente dalla Giunta regionale. Inoltre, il Direttore Generale risponde alla Giunta regionale del raggiungimento degli stessi obiettivi, dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa, nonché della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate. Il nuovo contratto prevede inoltre la decadenza automatica dall'incarico nelle ipotesi di:

- mancato raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, ai sensi del combinato disposto dell'articolo 3, comma 2, lett. c), della Legge n. 405/2001 e dell'articolo 52, comma 4, lett. d), della Legge n. 289/2002. Per equilibrio economico - finanziario deve intendersi il rispetto dei vincoli economici contenuti nel documento di budget, sottoscritto annualmente da ciascuna Azienda ed adottato dalla Giunta regionale con specifica deliberazione;



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali ai sensi del comma 7 bis dell'articolo 3 bis del D. Lgs. n. 502/1992;
- mancata trasmissione del piano di rientro alla regione ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro ai sensi dell'art. 1 comma 534 della Legge 28.12.2015;
- mancata rimozione delle cause di incompatibilità previste dal D. Lgs. n. 39/2013, sopravvenute nel corso del rapporto di lavoro disciplinato dal presente contratto, entro 15 giorni dalla loro contestazione scritta da parte del responsabile del piano anticorruzione, secondo quanto previsto dall'articolo 19 del decreto stesso;
- mancato rispetto dei contenuti e dei termini relativi ai flussi informativi compresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario e richiamati dall'articolo, 3 comma 8, dell'Intesa Stato Regioni del 23.03.2005 e successive modificazioni ed integrazioni. In tal caso, la decadenza non opera automaticamente. La Regione contesta l'inadempimento per iscritto e prevede un termine per la trasmissione dei dati e di giustificazioni da parte del Direttore generale. Nei successivi quindici giorni la Regione provvede a pronunciare l'eventuale decadenza.

Anche per il 2022, nella verifica degli adempimenti LEA, non è più utilizzata la "Griglia LEA" ma il sistema di indicatori del cosiddetto "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia -NSG (ex D.M. 12 marzo 2019), come esplicitato nella scheda 2 del nuovo Patto per la Salute 2019-2021.

L'NSG si caratterizza per la valutazione distinta delle tre macro aree assistenziali: Area della Prevenzione, Area Distrettuale ed Area ospedaliera e dell'Emergenza-urgenza.

Con DGR. n.1628 del 22.12.2021, " 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 2022 ", sono state assegnate le risorse per garantire i LEA e dar corso all'attuazione delle principali indicazioni sui versanti sanitari e socio sanitari, nonché per gli investimenti.

La DGR. n.1628/2021 dispone che il totale dei costi, al netto degli scambi infragrupo, autorizzato con la Gestione Provvisoria 2022 agli Enti del SSR e al DIRMT è pari a:

ASUR Euro 2.384.665.872,00;

AOU Ospedali Riuniti di Ancona e DIRMT Euro 415.574.588,00;

AO Ospedali Riuniti Marche Nord Euro 234.867.267,00;

INRCA POR Regione Marche Euro 84.697.926,00.

I costi autorizzati ad ASUR sono comprensivi della mobilità passiva interregionale e internazionale stimata pari a Euro 104.037.020,00 e dei costi per i rimborsi ai danneggiati ex L. 210/1992 per un importo pari a Euro 4.500.000,00.

Il totale degli investimenti finanziati con risorse correnti autorizzato con la Gestione Provvisoria 2022 agli Enti del SSR e al DIRMT è pari a:

ASUR Euro 18.750.000,00;

AOU Ospedali Riuniti di Ancona e DIRMT Euro 5.625.000,00;

AO Ospedali Riuniti Marche Nord Euro 3.750.000,00;

INRCA POR Regione Marche Euro 1.875.000,00.

Gli obiettivi 2022 sono stati oggetto di preventivo confronto con le direzioni generali nel corso degli incontri del Coordinamento Enti del 12.07.2022 e del 26.07.2022.



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Gli obiettivi 2022 sono stati approvati con deliberazione adottata nell'odierna seduta di giunta regionale.

Nell'Allegato A sono riportati i criteri di valutazione degli Obiettivi Sanitari ed Economici assegnati per l'anno 2022 agli Enti del SSR.

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

- di definire i criteri per l'anno 2022 relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT, contenuti nell'allegato A alla presente deliberazione, che ne forma parte integrante e sostanziale.

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

Il responsabile del procedimento  
(Armando Marco Gozzini)  
Documento informatico firmato digitalmente

## **PARERE E PROPOSTA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE**

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

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

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

Il Direttore  
(Armando Marco Gozzini)  
Documento informatico firmato digitalmente



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

ALLEGATI



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### **ALLEGATO A**

Il presente allegato consta di **due parti**: la **prima** riguarda le azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico e si riferisce a settori trasversali quali l'area dei costi e dei debiti, gli adempimenti connessi all'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR, la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, le risorse umane, la dematerializzazione delle prescrizioni, l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e l'attuazione del PNRR.

La **seconda parte** riporta per ogni Area principale dei LEA gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e le attività previste per una buona qualificazione dell'erogazione dei LEA che devono essere attuate grazie alle risorse assegnate con budget provvisorio di cui alla DGR n.1628 del 22 dicembre 2021 e di cui si valuterà l'applicazione attraverso opportuni indicatori di seguito esplicitati.

**Conditio sine qua non per l'accesso alla valutazione, sia della componente economica che è pari a 50 punti, sia della parte sanitaria pari anch'essa a 50 punti, è il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio ed il rispetto del tetto del personale (di cui alla DGR n.1628/2021).**

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

Le azioni da effettuarsi per garantire il rispetto del vincolo economico riguardano le aree della ***gestione dei costi e dei debiti, gli adempimenti connessi all'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR, la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, le risorse umane, la dematerializzazione delle prescrizioni, l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e l'attuazione del PNRR.***

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

Per ciascuna area sopra descritta sono previsti indicatori singoli o gruppi di indicatori.

Il raggiungimento del risultato per i singoli indicatori o per i determinati gruppi di indicatori, calcolato per questi ultimi sulla percentuale di raggiungimento media dei vari gruppi, comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio, così come definito nella tabella 1.

Ove non diversamente specificato nel target degli indicatori:

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

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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

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

*“Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato.”.*

La predetta quota dell'indennità di risultato:

- a) **non è riconosciuta** qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 % del debito commerciale residuo;
- b) **è riconosciuta per la metà** qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;
- c) **è riconosciuta per il 75 %** qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
- d) **è riconosciuta per il 90 %** qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

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

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

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

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 2 vengono attribuiti un massimo di 50 punti al DIRMT.

Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 3 e n. 4 vengono attribuiti un massimo di 4 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

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

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 6 vengono attribuiti un massimo di 3 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
1	Rispetto del budget dei costi	ASUR, AAOO e INRCA: Bilancio di Esercizio 2022	ASUR, AAOO e INRCA: Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2022, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1628/2021 e s.m.i.	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2022) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con DGR 1628/2021 e s.m.i.)		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	
2		Dirmt: Bilancio di Esercizio 2022, Bilancio di Previsione 2022	Dirmt: Valore economico del totale dei costi rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2022, rispetto ai costi rendicontati nel Bilancio di Previsione 2022	(Valore economico del totale dei costi rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2022) - (Valore economico del totale dei costi rendicontati nel Bilancio di Previsione 2022)		NO	NO	NO	NO	≤ 0
3	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Rilevazione ad Hoc	Valore al 31/12/2022 di nc di fatture anni antecedenti il 2022 rispetto al valore al 31/12/2021 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2022 di nc di fatture anni antecedenti il 2022)	(Valore al 31/12/2021 di nc di fatture)	≤ 4% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	≤ 4% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	≤ 4% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	≤ 4% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	NO
4	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture dell'anno in corso	Rilevazione ad Hoc	Valore al 31/12/2022 di nc da ricevere di fatture anno 2022 rispetto al valore al 31/12/2022 di nc richieste relative a fatture anno 2022	(Valore al 31/12/2022 di nc da ricevere di fatture anno 2022)	(Totale valore nc richieste relative a fatture anno 2022)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso o controlli non conclusi)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	≤ 10% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un conlenzioso)	NO
5	Azzeramento posizioni infragruppo antecedenti il 2022	Rilevazione ad Hoc	Debiti al 31/12/2022 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2022 rispetto ai debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR	(Debiti al 31/12/2022 verso Enti del SSR di fatture antecedenti il 2022)	(Debiti al 31/12/2021 verso Enti del SSR)	0%	0%	0%	0%	NO
6	Rispetto dei tempi di pagamento	Rilevazione ad Hoc	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2021 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2021	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	NO

**Attività propedeutiche all'attuazione della legge di organizzazione del SSR**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 7 vengono attribuiti un massimo di 5 punti ad ASUR ed AO M. Nord.

ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
7	Messa a disposizione dei dati, informazioni e documentazione richiesti dall'Unità di Progetto per l'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR					Produzione dati e documentazione entro i termini previsti	NO	Produzione dati e documentazione entro i termini previsti	NO	NO

**Spesa farmaceutica e dispositivi medici**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 8 vengono attribuiti un massimo di 3 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 9 vengono attribuiti un massimo di 2,5 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 10 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20 vengono attribuiti un massimo di 2 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 12 vengono attribuiti un massimo di 3 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

FARMACEUTICA										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
8	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Flusso File F e H (Distribuzione Diretta e Consumi Ospedalieri)	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto ai consumi 2021, inclusivi dell'incremento del fondo per i farmaci innovativi erogato dal Ministero della Salute nel 2022 ed assegnato a ciascun Ente. Sono esclusi i gas medicali. * Si considera innovativo il farmaco in quanto tale a prescindere dalla sua indicazione terapeutica.	(Spesa 2022, al netto dei gas medicali) - ((Spesa 2021, al netto dei gas medicali) + Incremento 2021-2022 del valore del fondo dei farmaci innovativi assegnati)	((Spesa 2021, al netto dei gas medicali) + Incremento 2021-2022 del valore del fondo dei farmaci innovativi assegnati)	-5,91 % rispetto al 2021 + Δ 1% Fondo farmaci innovativi	-5,91 % rispetto al 2021 + Δ 2,3% Fondo farmaci innovativi	-5,91 % rispetto al 2021 + Δ 5% Fondo farmaci innovativi	-5,91 % rispetto al 2021 + Δ 1,3% Fondo farmaci innovativi	NO
9	Spesa farmaceutica convenzionata netta	DCR	ASUR: Riduzione spesa farmaceutica convenzionata netta sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili riepilogative mensili (DCR) pari a € 184.114.851 riduzione del 9,04% rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio	Spesa Netta 2022-2021	Spesa Netta 2022	-9,04 % rispetto al 2021	NO	NO	NO	NO
10	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per ASUR: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AAOO e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi)	(NSG) (PNCAR: Piano Nazionale Contrasto Antibiotico Resistenza) (Per ASUR: Flusso farmacie convenzionate, File F) (Per AAOO e INRCA: File F)	Variatione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AAOO e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	(N° DDD antibiotici anno 2021)		DDD - 3 % rispetto al 2021	DDD - 3 % rispetto al 2021	DDD - 3 % rispetto al 2021	DDD - 3 % rispetto al 2021	NO
11	Consumo farmaci intravitali (Nota AIFA 98)		% di pazienti trattati con Bevacizumab sul totale dei pazienti trattati con Lucentis, Bevacizumab, Eylea e Beovu			almeno il 30% dei pazienti	almeno il 30% dei pazienti	almeno il 30% dei pazienti	almeno il 30% dei pazienti	NO
12	Spesa relativa ai dispositivi medici		Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240)			≤ 2021	≤ 2021	≤ 2021	≤ 2021	NO
13	Rispetto scadenze Flusso File F (comprensivo della distribuzione diretta)					rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	NO
14	Rispetto scadenze Flusso H o CO (Consumi Ospedalieri)					rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	NO
15	Rispetto scadenze per le relazioni afferenti agli adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci					rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	NO
16	Coerenza tra flusso contratti DM e prodotti in BDM		90 % DM nel flusso contratti rispetto ai DM presenti in BDM (Banca dati Dispositivi Medici del Ministero della Sanità) [Sono escluse le categorie CND Q e L]			>90%	>90%	>90%	>90%	NO
17	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo		90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad eccezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)");			> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	NO
18	Rispetto scadenze Flusso Consumi DM		trasmissione dati consumo e spesa DM entro il 15 di ogni mese			rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	NO
19			la trasmissione dati Contratti DM entro il 15 di ogni mese			rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	rispetto delle scadenze	NO
20	Incremento del 10% delle segnalazioni di vigilanza e reclami sui dispositivi medici rispetto all'anno precedente					+10% rispetto al 2021	+10% rispetto al 2021	+10% rispetto al 2021	+10% rispetto al 2021	NO

**Risorse umane**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 21 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR, un massimo di 1,5 punti ad AOU Ancona e AO M. Nord ed un massimo di 2,5 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 22 e 23) viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR, 3 punti ad AOU Ancona, 2 punti ad AO M. Nord e 4 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 24 viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR ed AOU Ancona e 2 punti ad INRCA.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

PERSONALE										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
21	Contenimento del precariato	Rilevazione ad hoc	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e formazione, attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	NO
22		Rilevazione ad hoc	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e formazione, attestante la definizione, entro il mese di maggio, di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive suddiviso per area contrattuale		Report entro il 31/08/2022 attestante l'avvenuta definizione del budget	Report entro il 31/08/2022 attestante l'avvenuta definizione del budget	Report entro il 31/08/2022 attestante l'avvenuta definizione del budget	Report entro il 31/08/2022 attestante l'avvenuta definizione del budget	NO
23	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Rilevazione ad hoc	Report periodici dei costi per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e formazione, con rendicontazione dei costi per prestazioni aggiuntive per area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato, con dettaglio delle risorse finalizzate alla riduzione delle liste di attesa		Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	Report trimestrali il 3° mese successivo al trimestre di riferimento, a partire dal III trimestre	NO
24	Adeguamento n. SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard nazionali	Conto Annuale	Riduzione n. SOC / SOS		(N. SOC / SOS al 31/12/2022) (N. SOC / SOS al 31/12/2021)	-2 SOC	-1 SOC	NO	-1 SOS	NO

**Sistema tessera sanitaria, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 25, 26, e 27) viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR, 1,5 ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 3 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 28, 29 e 30) viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR, 1,5 ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 3 punti ad INRCA

SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
25			Percentuale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository	Produzione totale di verbali di pronto soccorso archiviati nel repository nel 2022	Produzione totale di verbali di pronto soccorso nel 2022	30%	90%	90%	80%	NO
26	Costituzione nucleo minimo FSE		Percentuale di lettere di dimissione archiviate nel repository (esclusi DH)	Produzione di lettere di dimissione archiviate nel repository nel 2022	Produzione di lettere di dimissione nel 2022	≥ 4%	≥ 8%	≥ 8%	≥ 8%	NO
27			Produzione di referti di specialistica ambulatoriale archiviati nel repository	Avvio in produzione dei referti per x specialistiche ambulatoriali in aggiunta a quelle in essere nel 2021		X ≥ 1	X ≥ 1	X ≥ 1	X ≥ 1	NO
28	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>PRESCRIZIONE</b>		% RICETTE DEMATERIALIZZATE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	NO
29	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>PRESCRIZIONE</b>		% RICETTE DEMATERIALIZZATE DI FARMACEUTICA CONVENZIONATA	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	NO
30	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>EROGAZIONE</b>	SISTEMA TS	% RICETTE DEMATERIALIZZATE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE NON GESTITE CORRETTAMENTE	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (silo della ricetta: prescritto, presa in carico) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta	Numero totale ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	NO

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### Digitalizzazione processi, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico e PNRR

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 31 viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR e 1,5 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 32 viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR e 1,5 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord.

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E PNRR										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
31	Codifica unitaria di tutti i prodotti e servizi aziendali	Sistema AREAS	% prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale	Numero prodotti movimentati nei listini	Prodotti aggregabili con i codici unitari regionali	≥ 50%	≥ 70%	≥ 70%	NO	NO
32	Digitalizzazione DEA	Sistema Regis	pubblicazione gare AQ.-Consp e conclusione contratti servizi digitalizzazione	gare AQ.-Consp da pubblicare e contratti servizi digitalizzazione da concludere	gare AQ.-Consp pubblicati e contratti servizi digitalizzazione conclusi	100%	100%	100%	NO	NO

### PNRR componente 2

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 33 viene attribuito un massimo di 1,5 punti ad AOU Ancona.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 34 viene attribuito un massimo di 1,5 punti ad AOU Ancona.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 35 viene attribuito un massimo di 1,5 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

PNRR - COMPONENTE 2										
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
33	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS - REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.		Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNRR			NO	Rispetto delle scadenze previste dal PNC di cui al Piano operativo regionale	NO	NO	NO
34			Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNC			NO	Rispetto delle scadenze previste dal PNC di cui al Piano operativo regionale	NO	NO	NO
35			Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art 2, D. L. 34/2020)				Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**Tabella 1 – Riassuntiva di tutti gli indicatori economici e relativi punteggi.**

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI				
		ASUR	AOU AN	AO MN	INRCA	DIRMT
GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI	1	15	15	15	15	50
	2					
	3-4	4	4	4	4	
	5	3	3	3	3	
	6	3	3	3	3	
ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR	7	5		5		
FARMACEUTICA	8	3	3	3	3	
	9	2,5				
	10	1	1	1	1	
	11, 13-20	2	2	2	2	
	12	3	3	3	3	
PERSONALE	21	1	1,5	1,5	2,5	
	22-23	1	3	2	4	
	24	1	1		2	
SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	25-27	1	1,5	1,5	3	
	28-30	1	1,5	1,5	3	
DIGITALIZZAZIONE PROCESSI, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E PNRR	31	1	1,5	1,5		
	32	1	1,5	1,5		
PNRR - COMPONENTE 2	33		1,5			
	34		1,5			
	35	1,5	1,5	1,5	1,5	
<b>TOTALE</b>		<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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

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

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

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

Per ogni Area principale dei LEA, sono di seguito riportati gli indicatori “core” del NSG a cui sono stati aggiunti gli indicatori, sia all'interno che all'esterno del sistema NSG, ritenuti indispensabili per il mantenimento ed il miglioramento della qualità assistenziale e da ultimo gli indicatori previsti dalle recenti deliberazioni che devono essere attuate grazie alle risorse assegnate con Budget provvisorio di cui alla DGR n. 1628 del 22/12/2021.

La sezioni

- area prevenzione collettiva – indicatori NSG “core”
- area veterinaria e sicurezza alimentare - indicatori NSG “core”
- area distrettuale / territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria - indicatori NSG “core”
- area ospedaliera - indicatori NSG “core”

includono indicatori singoli e compositi. Il raggiungimento del risultato previsto per ciascun indicatore singolo o composito comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio per ogni ente, così come definito nella tabella 2.

Relativamente alle altre sezioni il raggiungimento del risultato previsto per i singoli indicatori comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio, mentre il punteggio per i gruppi di indicatori è calcolato sulla percentuale media di raggiungimento così come indicato nella tabella 2.

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ove non diversamente specificato nel target degli indicatori:

- Una percentuale di raggiungimento inferiore al 100% su tutti gli indicatori singoli o composti NSG “core” preclude l’assegnazione dell’intero punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- Una percentuale di raggiungimento inferiore all’85% sui singoli indicatori o sui gruppi di indicatori preclude l’assegnazione dell’intero punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- Una percentuale di raggiungimento pari o superiore all’85% ed inferiore al 90% sui singoli indicatori o sui gruppi di indicatori determina l’assegnazione del 80% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- Una percentuale di raggiungimento pari o superiore al 90% ed inferiore al 95% sui singoli indicatori o sui gruppi di indicatori determina l’assegnazione del 90% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.
- Una percentuale di raggiungimento pari o superiore al 95% sui singoli indicatori o sui gruppi di indicatori determina l’assegnazione del 100% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto.

### Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari

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

a) **non è riconosciuta** in caso di mancato rispetto delle scadenze temporali di invio dei flussi mensili (allegato A DGR 248/18) (12 mesi su 12 invii totali), trimestrali (4 trimestri su 4 invii totali), semestrali (2 semestri su 2 invii totali) ed annuali (1 annualità su 1 invio totale);

b) **è decurtata in maniera proporzionale come da tabelle a) per i flussi mensili e b) per i flussi trimestrali, semestrali e c) per i flussi annuali, di seguito allegate;**

Tabella a) Decurtazione per Flussi Mensili (SDO + EMUR PS +EMUR 118, Farmaceutica, File C) non inviati entro i tempi previsti

Numero mesi non inviati	Flussi Mensili (SDO + EMUR PS +EMUR 118, Farmaceutica, File C)		
	Decurtazione AUO Torrette e AO Marche Nord	Decurtazione ASUR	Decurtazione INRCA
1	1,0	0,5	1,0
2	2,5	1,0	2,0
3	5,0	1,5	4,5
4	7,5	2,4	6,5
5	10,0	3,4	8,5
6	13,5	5,2	11,0
7	18,0	6,9	15,0
8	21,5	9,2	18,5
9	27,5	11,7	22,0
10	35,5	14,5	25,00
11	43,5	16,8	31,00
12	50,0	17,5	35,00

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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

Tabella c) Decurtazione per Flussi Annuali non inviati entro i tempi previsti

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

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

c) **è decurtata per una quota aggiuntiva del 25%** (rispetto a quanto previsto al punto b e fino all'occorrenza del massimo di 50 punti) qualora l'ente sanitario registri ritardi nell'invio delle SDO periodo gennaio-dicembre definitivo fissato al 15 marzo dell'anno seguente.

Tabella d) Decurtazione del 10% per ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA per Flussi giornalieri e mensili non inviati entro i tempi previsti

1) <b>Invio Giornaliero</b> (flusso in chiaro incidenza Covid-19 e aggregato: quarantenati/ospedalizzazioni); 2) <b>Invio Mensile</b> (flusso Aggregato contact-tracing Covid-19);	Rispetto tempistica di invio giornaliero/mensile	Obiettivo invio al 100%: 1) invio giornaliero 100%: aggregato ospedaliero e pronto soccorso; 2) Invio mensile dati aggregati contact tracing
---	--	---

\* Flussi non ricompresi nella DGR 248/2018, ma da garantire.

Tabella e) Decurtazione del 7,5% per ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA per Flussi Trimestrali non inviati entro i tempi previsti

		ASUR	AOU AN	AO M. NORD	INRCA
<b>Invio Trimestrale</b> Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni COVID	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni COVID	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni COVID	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni COVID

\* Flussi non ricompresi nella DGR 248/2018, ma da garantire.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**Area Prevenzione collettiva-NSG CORE**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 1 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 2 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 3 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 4 e 5 viene attribuito un massimo di 2 punti ad ASUR.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
1	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	obiettivo minimo: >90% con superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) valore ottimale ≥ 95% (assegnazione 100% del valore del punteggio)	NO	NO	NO
2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	obiettivo minimo: >90% con superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) valore ottimale ≥ 95% (assegnazione 100% del valore del punteggio)	NO	NO	NO
3	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dat ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2022 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2022	superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >60% assegnazione 100% del valore del punteggio	NO	NO	NO
4			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2022 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2022	superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >50% assegnazione 100% del valore del punteggio	NO	NO	NO
5			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2022 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2022	superamento del valore dello scorso anno (assegnazione 75% del valore del punteggio) >50% assegnazione 100% del valore del punteggio	NO	NO	NO

**Area Prevenzione Collettiva – altri indicatori**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 6 viene attribuito un massimo di 4 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 7 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 8 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 9 e 10 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 11 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento degli indicatori n. 12 e 13 viene attribuito un massimo di 2 punti ad ASUR.  
 Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 14 viene attribuito un massimo di: 0,5 punti ad ASUR, 2,5 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 3,5 punti ad INRCA

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
6	Attività vaccinale anti Sars-CoV-2 -	Relazione Enti sulle azioni implementate	Revisione dei Piani di attività per la prosecuzione della campagna vaccinale SARS CoV 2 secondo le Linee Guida Nazionali e Regionali			Rispetto delle Linee guida Nazionali e Regionali	Rispetto delle Linee guida Nazionali e Regionali	Rispetto delle Linee guida Nazionali e Regionali	Rispetto delle Linee guida Nazionali e Regionali
7	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF (ISS), ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione >= 65 anni residente	Obiettivo minimo >60% (assegnazione 50% del punteggio) >60% e valore superiore all'anno precedente (assegnazione 75% del punteggio) Obiettivo ottimale >=75% (assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO	NO
8	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere, anche in relazione all'andamento dell'emergenza pandemica	N. Aziende controllate e /o assistite	N aziende con almeno 1 dipendente	>= 5%	NO	NO	NO
9	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Archivi Anamnie patologiche	Trasmissione dati di anamnia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2021)	Dati di anamnia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2021)	Dati di anamnia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2021)	100%	100%	100%	NO
10		Schede Cause di morte	Registrazione schede cause di morte anno 2020	Numero schede cause di morte registrate anno 2020	Numero totale schede cause di morte anno 2020	100%	NO	NO	NO
11	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	≥ 95%	NO	NO	NO
12	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ASUR-Rilevazione ad hoc	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna Area Vasta per l'attuazione dei Programmi del PRP	Determina in ciascuna AV		Approvazione atti	NO	NO	NO
13	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ARS/Regione	% Indicatori certificativi raggiunti per anno 2022	N. Indicatori PRP per anno 2022 raggiunti	N. Indicatori PRP per anno 2022	≥ 60%	NO	NO	NO
14	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Atti Enti	Definizione Comitati Pandemici Locali	Approvazione atto costituzione CPL		CPL costituito	CPL costituito	CPL costituito	CPL costituito

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### Area Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare - NSG CORE

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 viene attribuito un massimo di 2 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 22, 23 e 24 viene attribuito un massimo di 2 punti ad ASUR.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOJ ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
15	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità dei dati in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (NSG)	% Stabilimenti e % Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti e 5% dei capi)	N. Stabilimenti e N. Capi ovi-caprini controllati	N. totale stabilimenti e N. totale capi ovi-caprini	≥ 3% degli stabilimenti e ≥ 5% dei capi	NO	NO	NO
16			% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	N. stabilimenti suinicoli controllate I&R	N. totale stabilimenti suinicoli	≥ 1%	NO	NO	NO
17			% Stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	N. Stabilimenti bovini controllati	N. totale stabilimenti bovini	≥ 3%	NO	NO	NO
18			% Stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (5% degli stabilimenti)	N. Stabilimenti equini controllati	N. totale stabilimenti equini	≥ 5%	NO	NO	NO
19			% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% delle aziende)	N. apiari controllati	N. totale allevamenti apistici	≥ 1%	NO	NO	NO
20	FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	NO	NO	NO
21	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% campionamenti eseguiti sul totale degli atesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%	NO	NO	NO
22	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA DATAFARM - VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	NO	NO	NO
23	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	N. Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100 % delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95 % dei campioni svolti per ciascun programma	NO	NO	NO
24	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari nei quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	NO	NO	NO

### Area Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare – altri indicatori

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 25, 26, 27, 28 e 29 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 30, 31 e 32 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 33, 34, 35 e 36 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 37, 38, 39 e 40 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
25	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013	VETINFO (NSG)	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%	NO	NO	NO
26			% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti delle tre specie controllati per BRC	Stabilimenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	NO	NO	NO
27	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014	VETINFO (NSG)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli atteri	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	≥ 85 %	NO	NO	NO
28			% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli atteri per ogni specie	N. capi ovini e caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 85% di ovini e ≥ 70 % di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	NO	NO	NO
29	SALMONELLOSI ZOOTOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSAA 3457-26/02/2010; nota DGSAAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	VETINFO (NSG)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	NO	NO	NO
30			% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaie e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	NO	NO	NO
31	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	DATAFARM-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	NO	NO	NO
32			% controlli per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (Regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	NO	NO	NO
33	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI- attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep.212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n.15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	VETINFO (NSG)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmi 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
34	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	Corretto rapporto dei campionamenti previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>60 % dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	NO	NO	NO
35	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dal Reg. 882/04 e Reg. 854/04, DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	SIVA DATAFARM (NSG)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100 % del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	NO	NO	NO
36	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 - Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	NO	NO	NO
37	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabilizzazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	NO	NO	NO
38	Potenziamento delle attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 179/2002, art.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	ASUR-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmate dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2022		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	NO	NO	NO
39	PIANO NAZIONALE MICOTOSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2016)	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrici previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia	NO	NO	NO
40	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	VETINFO	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi)	N. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	N. totale allevamenti suinicoli	≥1% degli stabilimenti e ≥33% stabilimenti sembradi commerciali aperti con capi	NO	NO	NO

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### Area Assistenza Distrettuale – NSG CORE

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 41, 42 e 43 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 44 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 45 viene attribuito un massimo di 1,5 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 46 viene attribuito un massimo di 1,5 punti ad ASUR.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 47 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR, 3 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 4 punti ad INRCA.

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
41	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		> 4,00 x 1000 ab.	NO	NO	NO
42		Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		> 2,50 x 1000 ab.	NO	NO	NO
43		Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	NO	NO	NO
44	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	NO	NO	NO
45	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	NO	NO	NO
46	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤ 6,63%	NO	NO	NO
47	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	<b>Questionario LEA:</b> garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrica ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%

### Area Assistenza Distrettuale – altri indicatori

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 48, 49, 50, 51, 52, 53 e 54 viene attribuito un massimo di 3 punti ad ASUR, 5 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 7 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 55 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR.

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prog.	SUB-OBIETTIVI	FORNITORE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
48	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	File C (NSG)	<p><b>Questionario LEA:</b> garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita oculistica, ortopedica, cardiologica;</li> <li>- mammografia;</li> <li>- TAC torace;</li> <li>- ecocolordoppler tronchi sovraaortici;</li> <li>- ecografia ostetrica ginecologica;</li> <li>- RMN colonna vertebrale.</li> </ul>	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%
49	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Visita Cardiologica	<p>Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzata dal PNGLA (Classe di priorità B (10 gg visite; 10 gg prestazioni strumentali)) [Fonte: File C]</p>	<p>Σ [(Δ% 2021-2022 prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B, per singola prestazione valutata) ≥ (Target previsto per singola prestazione valutata)]</p>	<p>Numero totale di prestazioni per classe di priorità B valutate</p>	11%	5%	0%	0%
		Visita chirurgia vascolare				0%	6%	0%	18%
		Visita endocrinologica				13%	13%	0%	53%
		Visita Neurologica				14%	11%	0%	8%
		Visita Oculistica				0%	7%	0%	0%
		Visita ortopedica				12%	3%	0%	0%
		Visita Ginecologica				6%	5%	0%	NO
		Visita Otorinolaringoiatra				9%	6%	0%	10%
		Visita Urologica				14%	9%	0%	0%
		Visita Dermatologica				6%	6%	0%	0%
		Visita Fisiatria				3%	0%	0%	0%
		Visita Gastroenterologica				9%	0%	0%	14%
		Visita Oncologica				0%	0%	0%	0%
		Visita Pneumologica				15%	4%	0%	7%
		Mammografia bilaterale				5%	16%	0%	NO
		Mammografia monolaterale				4%	23%	0%	NO
		TC torace				0%	2%	0%	7%
		TC torace senza e con MDC				14%	0%	0%	3%
		TC addome superiore				0%	NO	0%	40%
		TC addome superiore senza e con MDC				11%	7%	0%	10%
		TC addome inferiore				1%	NO	0%	NO
		TC addome inferiore senza e con MDC				0%	0%	10%	7%
		TC addome completo				0%	3%	0%	0%
		TC addome completo senza e con MDC				14%	0%	0%	3%
		TC cranio-encefalo				0%	0%	0%	0%
		TC cranio-encefalo senza e con MDC				15%	0%	0%	0%
		TC Rachide (PNGLA 10-12)				4%	0%	3%	4%
		TC rachide e speco vertebrale cervicale				0%	0%	0%	NO
		TC rachide e speco vertebrale toracico				5%	0%	3%	4%
		TC rachide e speco vertebrale lombosacrale e del sacro cocige				0%	0%	0%	9%
		TC rachide e speco vertebrale senza e con contrasto (PNGLA 10-12)				0%	NO	0%	NO
		TC rachide e speco vertebrale senza e con MDC				0%	NO	NO	NO
		TC rachide e speco vertebrale toracico senza e con MDC				23%	NO	0%	NO
		TC rachide e speco vertebrale lombosacrale e del sacro cocige senza e con MDC				7%	0%	0%	0%
		TC bacino e articolazioni sacroiliache				0%	40%	0%	NO
		RM encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare				20%	26%	0%	12%
		RM encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC				22%	1%	0%	10%
		RM addome inferiore e scavo pelvico				38%	3%	0%	10%
		RM addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC				29%	0%	0%	4%
		RM colonna in toto				7%	NO	NO	NO
RM colonna senza e con MDC (PNGLA 10-12)	3%	90%	0%	15%					
RM colonna in toto senza e con MDC	NO	NO	0%	NO					
Ecografia capo e collo	10%	0%	0%	0%					
Eco(color)dopplergrafia cardiaca	3%	0%	0%	0%					
Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	8%	0%	0%	0%					

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
49	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Ecografia addome superiore	Garanzia del rispetto dei Tempi di attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzati dal PNGLA (Classe di priorità B (10 gg visite; 10 gg prestazioni strumentali)) [Fonte: File C]	Σ [(Δ% 2021-2022 prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B, per singola prestazione valutata) ≥ (Target previsto per singola prestazione valutata)]	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B valutate	9%	0%	0%	0%
		Ecografia addome inferiore				8%	0%	0%	0%
		Ecografia addome completo				2%	0%	0%	0%
		Ecografia bilaterale della mammella				4%	8%	0%	NO
		Ecografia monolaterale della mammella				0%	15%	0%	NO
		Ecografia osteletrica				15%	0%	32%	NO
		Ecografia ginecologica				0%	12%	0%	NO
		Ecolodoppler vasi periferici (PNGLA 10-12)				0%	15%	0%	0%
		Ecolodoppler arti inferiori arterioso e/o venoso				13%	0%	0%	0%
		Colonscopia totale con endoscopio flessibile				16%	1%	0%	0%
		Polipectomia intestino crasso in corso di endoscopia sede unica				13%	19%	0%	0%
		Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile				30%	0%	0%	0%
		Esofagogastroduodenoscopia [EGDS]				17%	0%	0%	0%
		Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (PNGLA 10-12)				25%	15%	0%	7%
		Esofagogastroduodenoscopia con biopsia				1%	4%	0%	0%
		Elettrocardiogramma				10%	0%	0%	0%
		Elettrocardiogramma dinamico				13%	4%	0%	3%
		Test cardiovascolare da sforzo				28%	2%	3%	2%
		Altri test cardiovascolari da sforzo				43%	NO	NO	NO
		Esame audiometrico tonale				16%	3%	0%	NO
		Spirometria semplice				18%	0%	0%	8%
		Spirometria globale				13%	0%	0%	3%
		Fotografia de fundus				90%	0%	NO	NO
		Elettromiografia semplice (PNGLA 10-12)				43%	0%	0%	90%
		Elettromiografia semplice per arto superiore				8%	16%	0%	0%
		Elettromiografia semplice per arto inferiore				17%	10%	0%	0%
		Elettromiografia semplice del capo				0%	NO	NO	NO
		Elettromiografia semplice del tronco				0%	NO	NO	NO
		Elettromiografia dinamica del cammino				NO	NO	NO	NO
		Elettromiografia dinamica dell'arto superiore				0%	40%	NO	NO

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOJ ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
50	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Visita Cardiologica	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzate dal PNGLA (Classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)) [Fonte: File C]	Σ [(Δ% 2021-2022 prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D, per singola prestazione valutata) ≥ (Target previsto per singola prestazione valutata)]	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D valutate	18%	11%	0%	3%
		Visita chirurgia vascolare				4%	6%	0%	7%
		Visita endocrinologica				18%	17%	0%	0%
		Visita Neurologica				15%	11%	0%	0%
		Visita Oculistica				12%	19%	0%	0%
		Visita ortopedica				10%	4%	0%	0%
		Visita Ginecologica				13%	13%	0%	NO
		Visita Otorinolaringoiatra				16%	23%	0%	20%
		Visita Urologica				22%	29%	0%	20%
		Visita Dermatologica				14%	27%	0%	3%
		Visita Fisiatrica				13%	0%	0%	11%
		Visita Gastroenterologica				10%	5%	0%	0%
		Visita Oncologica				0%	0%	0%	0%
		Visita Pneumologica				32%	8%	0%	30%
		Mammografia bilaterale				10%	36%	0%	NO
		Mammografia monolaterale				10%	0%	0%	NO
		TC torace				0%	7%	0%	4%
		TC torace senza e con MDC				8%	0%	0%	6%
		TC addome superiore				0%	0%	0%	0%
		TC addome superiore senza e con MDC				10%	NO	0%	12%
		TC addome inferiore				0%	NO	0%	NO
		TC addome inferiore senza e con MDC				8%	NO	0%	0%
		TC addome completo				0%	0%	0%	0%
		TC addome completo senza e con MDC				4%	0%	0%	1%
		TC cranio-encefalo				0%	0%	0%	3%
		TC cranio-encefalo senza e con MDC				3%	0%	0%	0%
		TC Rachide (PNGLA 10-12)				0%	0%	0%	0%
		TC rachide e speco vertebrale cervicale				0%	NO	0%	NO
		TC rachide e speco vertebrale toracico				0%	0%	0%	0%
		TC rachide e speco vertebrale lombosacrale e del sacro cocige				0%	0%	0%	0%
		TC rachide e speco vertebrale senza e con contrasto (PNGLA 10-12)				0%	0%	0%	0%
		TC rachide e speco vertebrale senza e con MDC				0%	NO	0%	NO
		TC rachide e speco vertebrale toracico senza e con MDC				0%	NO	0%	NO
		TC rachide e speco vertebrale lombosacrale e del sacro cocige senza e con MDC				0%	NO	0%	0%
		TC bacino e articolazioni sacroiliache				0%	10%	0%	0%
		RM encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare				14%	1%	0%	8%
		RM encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC				30%	0%	0%	8%
		RM addome inferiore e scavo pelvico				4%	0%	0%	0%
		RM addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC				16%	0%	0%	0%
		RM colonna in toto				0%	0%	NO	NO
		RM colonna senza e con MDC (PNGLA 10-12)				28%	0%	0%	
		RM colonna in toto senza e con MDC				NO	NO	NO	NO
		Ecografica capo e collo				6%	6%	0%	0%
Ecocolor/dopplergrafia cardiaca	5%	1%	0%	0%					

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
50	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le prime visite ed i primi esami strumentali monitorizzate dal PNGLA (Classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)) [Fonte: File C]	Σ [(Δ% 2021-2022 prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D, per singola prestazione valutata) ≥ (Target previsto per singola prestazione valutata)]	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D valutate	4%	2%	0%	0%
		Ecografia addome superiore				2%	0%	0%	0%
		Ecografia addome inferiore				6%	0%	0%	0%
		Ecografia addome completo				0%	0%	0%	0%
		Ecografia bilaterale della mammella				9%	31%	0%	NO
		Ecografia monolaterale della mammella				0%	NO	0%	NO
		Ecografia osteetrica				6%	7%	27%	NO
		Ecografia ginecologica				8%	0%	0%	NO
		Ecolodopler vasi periferici (PNGLA 10-12)				0%	0%	0%	4%
		Ecolodoppler arti inferiori arterioso e/o venoso				5%	0%	0%	4%
		Colonscopia totale con endoscopio flessibile				11%	13%	0%	0%
		Polipediometria intestino crasso in corso di endoscopia sede unica				10%	0%	0%	0%
		Retrosigmoidoscopia con endoscopio flessibile				37%	0%	0%	0%
		Esogastroduodenoscopia [EGDS]				7%	7%	0%	0%
		Esogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (PNGLA 10-12)				25%	4%	0%	0%
		Esogastroduodenoscopia con biopsia				0%	8%	0%	0%
		Elettrocardiogramma				0%	0%	0%	0%
		Elettrocardiogramma dinamico				6%	11%	0%	5%
		Test cardiovascolare da sforzo				19%	5%	6%	1%
		Altri test cardiovascolari da sforzo				23%	NO	NO	NO
		Esame audiometrico tonale				1%	2%	0%	NO
		Spirometria semplice				20%	0%	0%	0%
		Spirometria globale				20%	2%	0%	3%
		Fotografia de fundus				30%	0%	46%	NO
		Elettromiografia semplice (PNGLA 10-12)				17%	0%	0%	0%
		Elettromiografia semplice per arto superiore				4%	11%	0%	40%
		Elettromiografia semplice per arto inferiore				7%	9%	0%	0%
		Elettromiografia semplice del capo				0%	NO	0%	NO
		Elettromiografia semplice del tronco				0%	NO	0%	NO
		Elettromiografia dinamica del cammino				NO	NO	NO	NO
Elettromiografia dinamica dell'arto superiore	0%	23%	NO	NO					
51			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
52	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	Rilevazione ad hoc	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2022) - (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2021)	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2021)	≥ 10%	≥ 10%	≥ 10%	≥ 10%
53		Rilevazione ad hoc	Inserimento nelle liste di pre-appointamento (liste di garanzia) di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto al pre-appointamento e che non hanno rifiutato lo stesso, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto al pre-appointamento e che non hanno rifiutato lo stesso	>95%	>95%	>95%	>95%
54		Rilevazione ad hoc	Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore "Territorio e Integrazione Socio-sanitaria", attestante la predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate	Reportistica inviata entro il 31/10/2023		NO	NO	NO
55	Attività legate all'attuazione del PNRR	Rilevazione ad hoc	Definizione dei modelli assistenziali per la trasformazione delle attuali Case della Salute in Case di Comunità di cui alla DGR 656/2022	Produzione documenti attestante l'organizzazione delle nuove Case di Comunità secondo gli standard del DM 77/2022		Report preliminare	NO	NO	NO

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### Area Accreditamenti

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 56 e 57 viene attribuito un massimo di 1 punto ad ASUR e 2,5 punti ad AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 58 viene attribuito un massimo di 0,5 punti ad ASUR.

AREA ACCREDITAMENTI									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
56			Presentazione di un piano aziendale di autovalutazione, con relativo cronoprogramma di adeguamento ai requisiti minimi previsti dai manuali autorizzativi regionali, entro il 31/12/2022			Presentazione proposta Piano aziendale	Presentazione Piano aziendale	Presentazione Piano aziendale	Presentazione Piano aziendale
57	"Autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art.7 commi 1 e 2 della L.R.21/2016 entro 18 mesi dalla fine dello stato di emergenza sanitaria" (DGR 1194/2020)		Presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio di almeno 5 "strutture di degenza" ospedaliere (unità operative) per ciascun Ente del SSR entro il 31/12/2022			Almeno 1 unità operativa di degenza ospedaliere per Area Vasta ed almeno 1 struttura residenziale o semiresidenziale per AV Presentazione richiesta autorizzazione all'esercizio	Almeno 5 unità operative di degenza ospedaliere Presentazione richiesta autorizzazione all'esercizio	Almeno 5 unità operative di degenza ospedaliere Presentazione richiesta autorizzazione all'esercizio	Almeno 5 unità operative di degenza ospedaliere Presentazione richiesta autorizzazione all'esercizio
58	Indennizzi a soggetti danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni (L.210/92)	Rilevazione ad hoc	Pagamento dei beneficiari entro il venticinquesimo giorno della fine di ogni bimestre	N. segnalazioni ricevute di mancato pagamento nei tempi	N. totale dei beneficiari	< 5%	NO	NO	NO

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**Area Assistenza Ospedaliera - NSG CORE**

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 59 viene attribuito un massimo di: 2,5 punti ad ASUR, 6 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 8 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 60 viene attribuito un massimo di: 2 punti ad ASUR, 6 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 61 viene attribuito un massimo di: 2 punti ad ASUR, 6 punti ad AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 62 viene attribuito un massimo di: 2 punti ad ASUR e 5 punti ad AO M. Nord.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 63 viene attribuito un massimo di: 4 punti ad ASUR e 5 punti ad AOU Ancona.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 64 viene attribuito un massimo di: 2 punti ad ASUR e 5 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord.

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
59	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,12	≤ 0,12
60	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 70%	≥ 80%	≥ 80%	NO
61	"Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
62	"Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 22%	NO	≤ 22% La valutazione sarà effettuata per l'ospedale di Pesaro solo nel 2° semestre	NO
63	"Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	≤ 22%	≤ 24%	NO	NO
64	"Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piano" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	100%	100%	100%	NO

**Area Assistenza Ospedaliera – altri indicatori**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 65 e 66 viene attribuito un massimo di: 1 punto ad ASUR, 3 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 5 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 67, 68, 69, 70 e 71 viene attribuito un massimo di: 1,5 punti ad ASUR, 3,5 punti ad AOU Ancona ed AO M. Nord e 11,5 punti ad INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 72, 73 e 74 viene attribuito un massimo di: 0,5 punti ad ASUR, 1 punto ad AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 75, 76, 77, 78 e 79 viene attribuito un massimo di: 0,5 punti ad ASUR, AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori n. 80, 81, 82, 83 e 84 viene attribuito un massimo di: 0,5 punti ad ASUR, 1 punto ad AOU Ancona, AO M. Nord ed INRCA.

Al pieno raggiungimento dell'indicatore n. 85 viene attribuito un massimo di: 0,5 punti ad ASUR.

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI									
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET ASUR	TARGET AOU ANCONA	TARGET AO MARCHE NORD	TARGET INRCA
65	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2021		≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ di n. 10 DH
66		Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2021		≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021
67	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,29	≤ 1,66	≤ 1,00	≤ 1,74
68		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza) - (esclusi ricoveri urgenti)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	≥ Valore 2021	≥ Valore 2021	≥ Valore 2021	≥ Valore 2021
69		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiologia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) - (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021
70		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5,41% (Tolleranza 10%)	≤ 5,92% (Tolleranza 10%)	≤ 5,00% (Tolleranza 10%)	≤ 5,28% (Tolleranza 10%)
71			% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	≤ Valore 2021	NO
72	recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A		% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata			≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
73			% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone			≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	NO
74			% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero			≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	NO
75	Emergenza-urgenza Pronto soccorso		% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti			≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
76			% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti			≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
77			% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti			≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
78			% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti			≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
79			% pazienti con presa in carico completata (triage-conclusione: T0-T3) entro le 8 ore			≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
80	Trapianti		N° donatori effettivi di organi/n. cerebrolesi deceduti in Terapia Intensiva			>20%	>20%	>20%	NO
81			N° accertamenti morte cerebrale/n. cerebrolesi deceduti in T.I.			>30%	>30%	>30%	NO
82			N° donatori di cornee			incremento superiore al valore dell'anno 2021			
83	Trapianti		N° donatori multi-essub			valore >anno 2021	valore >anno 2021	valore >anno 2021	NO
84			N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> valore 2021 per ogni U. O. di nefrologia/emodialisi	> valore 2021 per ogni U. O. di nefrologia/emodialisi	> valore 2021 per ogni U. O. di nefrologia/emodialisi	> valore 2021 per ogni U. O. di nefrologia/emodialisi
85	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Flusso EMUR/118 (NSG, IQE)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18 minuti	NO	NO	NO

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

Al pieno raggiungimento del gruppo di indicatori (indicatori n. 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95 e 96) vengono attribuiti un massimo di 50 punti la DIRMT

AREA TRASFUSIONALE (Target DIRMT)						
Prog.	SUB-OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET DIRMT
86	Donazione		N° donazioni di plasma gruppo AB/N° totale donazioni da donatori AB			valore > anno 2021
87			N° donazioni plasma-plastrinoferesi			valore > anno 2021
88			N° di donazioni sangue intero/N° di donatori sangue intero			valore > anno 2021
89			N° di donazioni in aferesi/N° di donatori in aferesi			valore > anno 2021
90	Produzione		Unità di G.R. prodotti			> 77.000 gr
91			Kg Plasma da conferire al frazionamento			> 35.500 gr
92	Consumi/Appropriatezza		Appropriatezza clinica delle richieste trasfusionali: Almeno 2 verifiche/anno da realizzare e verbalizzare da parte di ogni CoBUS (Ente/Area vasta) in merito al rispetto della programmazione annuale ponendo come target la riduzione dei consumi della risorsa sangue e/o dei farmaci plasmaderivati			Report ad hoc
93			N° unità trasfuse: N° unità trasfuse/1000 abitanti			valore < anno 2021
94	Autosufficienza		Emocomponenti driver (H08Za) Variazione % rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmate			< 2%
95			Emoderivati (H08Zb): Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati			< 2%
96	Formazione		N° corsi di formazione realizzati per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi e corsi Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetrica) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO			> 3 corsi

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

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI				
		ASUR	AOU AN	AO MN	INRCA	DIRMT
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"	1	0,5				
	2	0,5				
	3	0,5				
	4-5	2				
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI	6	4				
	7	0,5				
	8	1				
	9-10	0,5				
	11	1				
	12-13	2				
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"	15-21	2				
	22-24	2				
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI	25-29	0,5				
	30-32	0,5				
	33-36	0,5				
	37-40	1				
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"	41-43	1				
	44	1				
	45	1,5				
	46	1,5				
	47	1	3	3	4	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI	48-54	3	5	5	7	
	55	1				
	56-57	1	2,5	2,5	2,5	
AREA ACCREDITAMENTI	58	0,5				
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	59	2,5	6	6	8	
	60	2	6	6		
	61	2	6	6	6	
	62	2		5		
	63	4	5			
	64	2	5	5		
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI	65-66	1	3	3	5	
	67-71	1,5	3,5	3,5	11,5	
	72-74	0,5	1	1	1	
	75-79	0,5	0,5	0,5	0,5	
	80-84	0,5	1	1	1	
	85	0,5				
AREA TRASFUSIONALE (Target DIRMT)	86-96					50
<b>TOTALE</b>		<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>