

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e del DIRMT per l'anno 2024 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dagli stessi per l'anno 2024.

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 deliberare in merito;

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

- 1) di definire ed assegnare gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2024 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quale direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della Legge regionale 19/2022, come risultanti nell'Allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di approvare conseguentemente i criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024, come risultanti nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 3) di stabilire che, per l'attuazione degli obiettivi di cui al punto 1), gli Enti del SSR dovranno fare riferimento al bilancio preventivo economico 2024 di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 2074 del 29.12.2023 e n. 568 del 16.04.2024.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Francesco Maria NOCELLI)
Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Francesco ACQUAROLI)
Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- D. Lgs. 04.08.2016, n. 171 “Attuazione della delega di cui all’art. 11, comma 1, lettera p), della Legge 07.08.2015, n. 124 in materia di dirigenza sanitaria;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 990 del 02.08.2021 “Art. 25 L. R. 20 giugno 2003, n. 13; Nomina Direttore del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale”;
- Legge regionale 08.08.2022, n. 19 “Organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 2074 del 29.12.2023 “L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 92 del 30.01.2024 “Art. 11 comma 1 dl 35/2019 convertito in legge n. 60/2019 - Rideterminazione del tetto di spesa del personale degli enti del SSR per l'annualità 2023”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 568 del 16.04.2024 “L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026. Modifica e integrazione della DGR 2074 del 29/12/2023”.

Motivazione ed esito dell’istruttoria

L’art. 2 del D. Lgs. 171/2016 recante “Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale” al comma 3 stabilisce: *“al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell’attività dei direttori generali, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di 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, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;*
- 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*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

spese e ai costi del personale;

d) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente”.

L'art. 20 della L. R. 19/2022 recante “Funzioni della Giunta regionale” dispone:

- al comma 1) che *“La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo e controllo in materia di sanità e di integrazione socio-sanitaria, nonché quelle di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività degli Enti del Servizio Sanitario Regionale”*
- al comma 2, lett. b) che la Giunta regionale: *“definisce gli obiettivi sanitari degli Enti del Servizio Sanitario Regionale”;*
- al comma 2, lett. e) che la Giunta regionale: *“impartisce indirizzi e direttive vincolanti, con particolare riferimento all'attuazione degli obiettivi assegnati e al controllo della spesa, alle direzioni degli enti del servizio sanitario regionale”;*
- al comma 2, lett. f) punto 2): *che la Giunta regionale: “verifica i risultati conseguiti dai direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale, avvalendosi del supporto dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV) ...”*

Inoltre, per quanto riguarda il Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT), la DGR 990/2021 al punto 4 del dispositivo prevede: *“di incaricare il Comitato di controllo interno e di valutazione di cui alla legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20, integrato dal Dirigente del Servizio Sanità ex art. 3, comma 2, lettera p-bis, della legge regionale n. 13/2003, di procedere alla verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente al direttore del DIRMT dalla Giunta regionale”.*

Gli obiettivi sanitari ed economici vengono definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base della programmazione regionale di cui al PSSR 2023/2025. Tutti gli Enti del SSR sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA e degli adempimenti monitorati dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e Finanze, sia per la parte sanitaria che per la parte economica, nonché per le attività previste dal PNRR Missione 6 - Salute. Coerentemente a queste indicazioni, con la DGR 2074/2023 e la successiva DGR 568/2024 si è provveduto ad autorizzare gli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2024. Infine, si evidenzia che gli obiettivi sono declinati in coerenza con quanto previsto nei contratti individuali sottoscritti dai singoli Direttori Generali.

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. Si evidenzia che il mancato rispetto degli adempimenti verso il livello centrale nazionale comporterebbe, la riduzione o, addirittura, la mancata attribuzione della quota premiale regionale prevista nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario regionale.

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In particolare, gli obiettivi sanitari fanno riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - di cui al D.M. 12.03.2019 - che si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza - Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera - a loro volta suddivisi tra "Indicatori Core" e "Altri indicatori". Analoghi obiettivi e indicatori potranno poi essere declinati da ciascun Ente nel processo di valutazione interna, in quanto considerati sensori indispensabili nella misurazione della buona qualità assistenziale.

Gli obiettivi economici sono rivolti, in particolare, a favorire l'attuazione di tutte le misure necessarie al mantenimento del posizionamento regionale tra quello delle regioni di riferimento (Regioni "benchmark"), ai fini della determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, nonché al rispetto dei vincoli e delle condizioni stabilite per evitare il ricorso ai piani di rientro aziendale di cui all'articolo 1, commi 524 e successivi della Legge 28.12.2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)", al rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, ai sensi di quanto stabilito al comma 865 dell'articolo 1 della Legge 30.12.2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", nonché ai rispetto dei milestones/target del PNRR Missione 6 - Salute.

Alla definizione degli obiettivi hanno partecipato i Dirigenti del Dipartimento Salute, del Dipartimento Programmazione integrata, UE e Risorse finanziarie, umane e strumentali, dell'Agenzia Regionale Sanitaria, del Settore Edilizia sanitaria, ospedaliera e scolastica, del Settore Transizione digitale ed informatica, ciascuno per l'area di specifica competenza, cercando di cogliere il maggior numero dei fenomeni che insistono sulle condizioni di erogazione di servizi e prestazioni a favore dei cittadini.

Agli obiettivi assegnati si legano necessariamente gli indicatori, che consentono di monitorare l'andamento in corso d'anno delle attività, nonché i target assegnati a ciascun Ente e, sulla base dei criteri di valutazione stabiliti si provvederà successivamente alla valutazione dei Direttori generali degli Enti del SSR, svolta con il supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) come stabilito dall'art. 39, comma 2, della Legge regionale 19/2022.

In occasione degli incontri settimanali del Coordinamento Enti, era stato anticipato ai Direttori generali degli Enti del SSR che per l'anno 2024 si sarebbe mantenuto l'assetto degli obiettivi formalizzati già per l'anno 2023 e che le Direzioni medesime, qualora non avessero già provveduto, potevano avviare la negoziazione di budget anno 2024 con le UU.OO. Aziendali, tenuto conto di eventuali integrazioni una volta formalizzati gli obiettivi.

Infine, gli obiettivi 2024 sono stati illustrati e condivisi con i Direttori generali degli Enti del SSR negli incontri del Coordinamento Enti del 02.10.2024 e del 09.10.2024.

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

- 1) di definire ed assegnare gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2023 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quale direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della Legge regionale 19/2022, così come risultanti nell'Allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- 2) di approvare i criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023, come risultanti nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 3) di stabilire che, per l'attuazione degli obiettivi di cui al punto 1), gli Enti del SSR dovranno fare riferimento al bilancio preventivo economico 2024 di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 2074 del 29.12.2023 e n. 568 del 16.04.2024.

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
(Antonio DRAISCI)**

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
(Antonio DRAISCI)**

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

OBIETTIVI DEGLI ENTI DEL SSR - ANNO 2024

OBIETTIVI ECONOMICI

PRE-REQUISITI								
PRE_REQUISITI		TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
P.1 - Equilibrio di bilancio		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P.2 - rispetto del tetto della spesa del personale	Rispetto delle disposizioni sul tetto del personale in applicazione del D. L. 35/2019 (convertito con Legge 60/2019) Adempimento ag (MEF)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
P.3 - Tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	≤0	≤0	≤0	≤0	≤0	≤0	≤0

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI												
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
1	Rispetto del budget dei costi	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 2024, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con la DGR 2074/2023 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026."	(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 2024) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con la DGR 2074/2023 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2024 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2024-2026.")		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	N. A.
2	Rispetto del budget dei costi: DIRMT	Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2024 rispetto alle risorse assegnate nell'ambito del Bilancio di previsione 2024 dell'AOU delle Marche	Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2024 - Valore economico del totale dei costi rendicontati nel bilancio di previsione 2024 dell'AOU delle Marche		N. A.	≤ 0						
3	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2024 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2024	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	< 5% (Al netto di fatture su cui insiste un contenzioso)	N. A.
4	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Valore al 31/12/2024 di nc di fatture anni antecedenti il 2024 rispetto al valore al 31/12/2023 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2024 di nc di fatture anni antecedenti il 2024)	(Valore al 31/12/2023 di nc di fatture)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
5	Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023	<p>Variazione percentuale annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali</p> <p>* Sono escluse le singole strutture e le prestazioni: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022, 2023 e 2024; - rientranti nella DGR 1183/2020, eccetto le attività di prelievo domiciliare (di cui alla DGR 184/2017) disposte nel capitolo "Integrazione Pubblico-Privato" dell'allegato A alla predetta DGR; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2024 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011 + 1%;</p> <p>** Sono esclusi i costi per prestazioni finalizzate al recupero e al miglioramento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri, anche in relazione al recupero delle attività non erogate nel periodo pandemico: - in attuazione di eventuali disposizioni nazionali e regionali per l'anno 2024, in deroga all' art. 15, c. 14, D.L. 95/2012 convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023, nei limiti degli eventuali finanziamenti previsti; - in attuazione dell'art. 1, c. 232 della L. 213/2023, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 504/2024.</p>		<p>(((Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) - (Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023)) / (Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023)) * 100</p>	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

FARMACEUTICA											
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
6	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023. Sono inclusi i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F).	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%
7	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica convenzionata per ciascuna AST al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023, comprensiva della remunerazione aggiuntiva (D. M. 30.03.2023) calcolata sulla base dei dati rilevati dalle Distinte Contabili Riepilogative mensili (DCR) del 2023	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	N. A.	N. A.
8	Consumo antibiotici in ambito territoriale	Riduzione di almeno il 10% del consumo (DDD/1000 ab die) di antibiotici sistemici (ATC J01) in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata) nel 2024 rispetto al 2023.	(DDD 1000 ab die 2024-2023)*100	DDD 1000 ab die 2023	Almeno - 10%	N. A.	N. A.				
9	Consumo antibiotici in ambito ospedaliero	Riduzione di almeno il 2% del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero nel 2024 rispetto al 2023.	(DDD 100 gg 2024-2023)*100	DDD 100 gg 2023	Almeno - 2%						
10	Report di Monitoraggio del consumo di antibiotici	Produzione di n. 2 report semestrali da parte del Controllo di Gestione secondo il modello regionale	Trasmissione n. 2 report		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		22 ispezioni	26 ispezioni	17 ispezioni	12 ispezioni	12 ispezioni	N. A.	N. A.
12	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia			Relazione sullo stato di realizzazione delle attività						
13	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione della spesa per dispositivi medici di almeno il 2% rispetto alla spesa del 2023 (voci CE BA0220, BA0230 e BA0240)	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	Almeno - 2%						
14	Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di farmacovigilanza (art. 22 comma 5 DM 30/04/2015)	L'intervallo tra la data di inserimento della segnalazione di incidente nella rete di dispositivo vigilanza e la data di validazione deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi per dispositivi medici	L'intervallo tra la data del ricevimento della segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmaco vigilanza deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Spesa relativa all'assistenza protesica	Variazione incrementale della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica (voce CE BA0750) al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2023.	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PERSONALE												
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA	
17	Monitoraggio della spesa del personale	monitoraggio della spesa del personale	monitoraggio della spesa del personale secondo le modalità richieste		report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati					
18	Favorire la realizzazione di progetti di medicina proattiva per MMG e PLS nelle Equipes territoriali / AFT	avvio di n.2 progetti di medicina di iniziativa per MMG + n. 2 progetti per PLS	n. progetti totali avviati da MMG e PLS in tutte le Equipes Territoriali/AFT di ciascuna AST		relazione corredata da verbale incontri sindacali e atti aziendali	relazione corredata da verbale incontri sindacali e atti aziendali	relazione corredata da verbale incontri sindacali e atti aziendali	relazione corredata da verbale incontri sindacali e atti aziendali	relazione corredata da verbale incontri sindacali e atti aziendali	N. A.	N. A.	
19	Formazione e omogeneizzazione dei comportamenti	Progettazione corsi rivolti al personale del Servizio Sanitario Regionale entro 31/12/2024 di cui al Piano di Formazione regionale 2022-2024 DGR n.1281 del 10/10/2022	Progettazione corsi rivolti al personale del Servizio Sanitario Regionale entro dicembre 2024 come segue: AST PU La medicina narrativa come pratica di cura (destinatari: area formazione e rappresentanza professionisti sanitari appartenenti alle diverse Aziende); AST AN Aggiornamenti ACN MMG (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR medicina convenzionata); AST MC Aggiornamenti CCNL dirigenza dell'area sanità (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR); AST FM Il PIAO (destinatari: referenti PIAO degli Enti del SSR); AST AP Aggiornamenti ACN PLS (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR medicina convenzionata); INRCA Aggiornamenti CCNL del comparto sanità (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR); AOUM Aggiornamenti CCNL della dirigenza Funzioni Locali (destinatari: ufficio personale degli Enti del SSR)		invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	invio relazione con il progetto formativo entro 31/12/2024	
PERSONALE												

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
20	Formazione e PNRR	Partecipazione al Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023) Target PNRR Marzo 2025 52% del target regionale (n.3.724)	numero di attestati conseguiti a fine corso (reportistica).	totale dipendenti formati per ente del SSR	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)	entro il 31/12/2024 almeno il 50% dei dipendenti ospedalieri ha partecipato al corso base ICA mod A (report partecipazioni)
21	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	organizzazione di almeno un intervento di comunicazione verso i dipendenti e medici convenzionati in merito al FSE. Realizzazione entro 31/12/2024	organizzazione di almeno n. 1 intervento di comunicazione verso i dipendenti e medici convenzionati in merito al FSE. Realizzazione entro 31/12/2024		1 intervento realizzato entro 31/12/2024						
22		Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione FSE	Partecipazione delle figure apicali degli Enti del SSR alla formazione HUB e avvio di almeno n.2 interventi formazione SPOKE inerenti Piano Operativo "Formazione FSE"		90% partecipazione; e 100% interventi realizzati						
RICETTA ELETTRONICA - PAGAMENTO TICKET											

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
23	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti)	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80%	≥ 80%
24		% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 70%	≥ 70%
25		Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale EROGAZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale non gestite correttamente	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta dematerializzata e dai dati trasmessi ex comma 11 (File C)	Numero totale ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale (risultanti da Sistema TS)	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%
26		Relazione sull'eventuale mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi che richiedono un coordinamento a livello regionale ai sensi dell'art. 43 della L. R. 19/2022	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024	Entro il 31.12.2024
27	Pagamento ticket sanitari tramite PagoPA (DGR 1449 del 30.09.2024)	Implementazione della modalità di pagamento PagoPA	Assicurare per le prestazioni prenotate tramite il CUP unico regionale la possibilità di pagamento tramite il sistema di pagamento PagoPA	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024	Entro il 01.11.2024
DIGITALIZZAZIONE PROCESSI											

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
28	Evoluzione funzionale unitaria del Sistema Informativo Amministrativo Unico (SIA)	Partecipazione dei referenti nominati da ciascun Ente agli incontri finalizzati alla definizione delle specifiche di miglioramento delle funzionalità del Sistema Informativo	Tempo di presenza attiva/decisoria dei referenti agli incontri e risonabile dai verbali	Tempo totale in ore annuale dedicato a tutti gli incontri per la definizione delle specifiche funzionali	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
29	Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assesment sul totale	Numero di servizi e relativi processi su cui è stato fatto un assesment cybersicurezza	Totale servizi erogati (formalizzati nel catalogo)	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
30	Definizione di una organizzazione per la cybersicurezza dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cybersicurezza di servizi e relativi processi	Numero di responsabili assegnati alla cybersicurezza	Totale dei responsabili necessari per implementare l'organizzazione che gestisce la cybersicurezza	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
31	Definizione dei referenti per la formazione in tema cybersicurezza	Individuazione formale del referente della formazione dell'Azienda	Individuato (SI/NO)		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
32	Partecipazione ai corsi di formazione in tema cybersicurezza previsti nel progetto per l'Avviso ACN n.3/2022 - "Miglioramento della sicurezza con coinvolgimento dei servizi di assistenza sanitaria"	% di partecipazione ai corsi di formazione in tema cybersicurezza previsti	Numero di partecipanti ai corsi di formazione	Numero di posti disponibili nei corsi per ogni Azienda	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
33	Attivazione della connettività in fibra Piano Sanità Connessa - Progetto Telemedicina presso IPP	Individuazione formale dei referenti e rispetto dei tempi minimi per supporto e produzione documentazione nei vari step progettuali per ciascun IPP	Numero di IPP con informazioni complete del progetto di connessione	Numero di IPP per ogni Azienda	100%	100%	NA	100%	100%	NA	NA
PNRR - MISSIONE 6											

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
34	Produzione in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettato nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fasciolo sanitario elettronico" di almeno una tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) al T4 2024 per l'attuazione della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	Tipologie di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettato nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fasciolo sanitario elettronico"	Tipologie di documenti a T4 2024		≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
35	Completamento degli interventi in scadenza a T4 2024 da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Numero di apparecchiature collaudate (tot. 47 apparecchiature)	Numero di apparecchiature collaudate a T4 2024		11	6	5	2	5	11	7
36	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 28 Case della Comunità)	Numero di cosegne lavori effettuate a T3 2024		3	9	7	4	5	NA	NA
37	Completamento al T2 2024 degli interventi da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimetho 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Numero Centrali Operative in funzione (tot. 15 COT)	Numero di COT operative a T2 2024		3	5	3	2	2	NA	NA
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

38	Consegna lavori al T3 2024 da parte dei soggetti delegati per gli interventi della per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Numero di consegne cantieri effettuate (tot. 8 Ospedali di Comunità)	Numero di cosegne lavori effettuate a T3 2024	1	3	2	NA	2	NA	NA
39	Completamento al T2 2024 della prima fase di interventi (impiego del 75% del finanziamento) Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.	Impegno del 75% delle risorse finanziarie totali a livello regionale	Rispetto del termine T2 2024	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NA
40	Completamento al T4 2024 degli step intermedi di digitalizzazione (Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.) - Cartelle Cliniche Verticali (Nefrologia e Dialisi, Oncematologia, Sistema Trasfusionale, Blocchi Operatori, Cardiologia ed Emodinamica, Terapia Intensiva e Semi Intensiva).	Completamento della fase di Analisi e Progettazione dello stream Cartelle Cliniche Verticali Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione DEA I e II livello.	Rispetto del termine T4 2024	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
OBIETTIVI SANITARI

	FORTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
PRE-REQUISITI		Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	N. A.	Alimentazione completa con dati per Trimestre				
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Totale Utenti Flusso FAR	Totale utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	N. A.	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$
		Flusso FAR: presenza a flusso del privato convenzionato	Totale strutture private convenzionate presenti nel flusso FAR con attività	Totale strutture private convenzionate presenti nel modello STS11 con setting "Assistenza Anziani"	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	N. A.	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%)	Nuovi Ammessi Flusso FAR	Nuovi Ammessi modello STS24	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	N. A.	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range $\pm 20\%$
		Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	N. A.	N. A.				
		SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target $\geq 80\%$	Totale Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	$\geq 80\%$	N. A.	N. A.				
		Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	N. A.	N. A.				
		Flusso SIND: rispetto tempistica invio (Annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	N. A.	N. A.				
		Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off $\geq 90\%$)	Totale utenti SIND anno 2022	Totale utenti SIND anno 2021	$\geq 90\%$	N. A.	N. A.				

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRE-REQUISITI												
PRE-REQUISITI	FONTE DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativo con i Modelli Ministeriali	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA	
		Flusso File R: rispetto tempistica invio (Annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	N. A.	N. A.					
		Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per trimestre	N. A.	N. A.					
		Flusso SISM: presenza a flusso del privato convenzionato	Totale strutture private convenzionate presenti nel flusso SISM con attività	Totale strutture private convenzionate presenti nel modello STS11 con setting "Assistenza Psichiatrica"	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range ± 20%	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range ± 20%	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range ± 20%	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range ± 20%	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range ± 20%	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range ± 20%	N. A.	N. A.
		Flusso SISM: indicatore di referenzialità, numero soggetti inseriti in anagrafica in rapporto al numero soggetti con prestazioni territoriali - target >=80%	Numero Soggetti inseriti in anagrafica (parte territoriale) SISM	Numero soggetti con prestazione territoriale SISM	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	N. A.	N. A.
		Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili					
		Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati] - parametro ≥ 90%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso SDO	totale record inviati flusso SDO	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
		Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili					
		Flusso EMUR PS + EMUR 118: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro ≥ 95%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso EMUR PS + EMUR 118	totale record inviati flusso EMUR PS + EMUR 118	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
		Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili					

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRE-REQUISITI												
	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target AST PESARO URBINO	Target AST ANCONA	Target AST MACERATA	Target AST FERMO	Target AST ASCOLI PICENO	Target AOU MARCHE	Target INRCA	
PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili							
		Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro ≥ 85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso File C	totale record inviati flusso File C	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	
	PNRR: Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - linea M6C2I1.3.2	Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF) (Trimestrale)				Alimentazione completa con dati per Trimestre	N. A.	N. A.				
		Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione (SIAR) (Trimestrale)				Alimentazione completa con dati per Trimestre	N. A.	N. A.				
Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	Invio settimanale dati posti letto e ricoveri				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Inviotrimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No- Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC							

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
1	Incrementare l'attività di prevenzione	Modello LA	Totale costo della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" 2024 > costo 2023			> 2023	> 2023	> 2023	> 2023	> 2023	N. A.	N. A.
2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata 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 – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.
3	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	n. di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	n. di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: ≥ 90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del	Obiettivo minimo: ≥ 90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del	Obiettivo minimo: ≥ 90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del	Obiettivo minimo: ≥ 90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del	Obiettivo minimo: ≥ 90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"													
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA	
4	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2024 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.	
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 2024 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.
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 2024 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
7	PanFlu	Relazione Enti e numeri dei Comitati Pandemici con evidenza di implementazione delle azioni previste in fase interpandemica	N. riunioni Comitati Pandemici	N. riunioni dei Comitati Pandemici con verbali che evidenzino l'implementazione delle azioni previste in fase interpandemica		Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni				
8		Atti Enti	Revisione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale secondo le indicazioni regionali/nazionali	Revisione Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto				
9	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF [ISS], ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	n. di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione >= 65 anni residente	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.				
10	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL, dati AASSTT (SPSAL)	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	n. Aziende controllate e /o assistite	n. aziende con almeno 1 dipendente	>= 5%	>= 5%	>= 5%	>= 5%	>= 5%	N. A.	N. A.
11	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dei Registri Tumori di cui all'art. 244 del D. Lgs. 81/2008	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2023)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.
12	Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dei Registri Tumori di cui all'art. 244 del D. Lgs. 81/2008	Registro Regionale delle Cause di Morte	Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2022	n. schede cause di morte registrate e controllate per la qualità anno 2022	n. totale schede cause di morte anno 2022	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
13	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%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	N. A.	N. A.
14	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Atti Enti (AASSTT)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		>=3	>=3	>=3	>=3	>=3	N. A.	N. A.
15	Partecipazione al Programma PP03 Luoghi di Lavoro che promuovono salute del PRP 2020-2025	Enti del SSR	Adesione al PP03	Adesione formale al PP03 (Protocollo d'Intesa approvato con DGR)		Adesione al Protocollo d'Intesa	Adesione al Protocollo d'Intesa	Adesione al Protocollo d'Intesa				
16	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ARS/Regione	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2024 (dato regionale)	n. Indicatori PRP per anno 2024 raggiunti	n. Indicatori PRP per anno 2024	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"												
Prog.	OBIETTIVI	Fonte	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
17	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (Codice NSG P10Z)	% stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti ovi-caprini controllati I&R	n. totale stabilimenti ovi-caprini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	N. A.	N. A.				
18			% stabilimenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	n. stabilimenti suini controllati I&R	n. totale stabilimenti suini da controllare	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	N. A.	N. A.				
19			% stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti bovini controllati I&R	n. totale stabilimenti bovini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	N. A.	N. A.				
20			% stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti equini controllati I&R	n. totale stabilimenti equini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2023	N. A.	N. A.				
21			% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	n. apiari controllati I&R	n. totale apiari da controllare	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2023	N. A.	N. A.				
22	FARMACO SORVEGLIANZA- attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSFAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSFAF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, art. 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	N. A.	N. A.				
23	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	n. campionamenti e analisi svolte	n. campionamenti e analisi programmati	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
24	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 (Codice NSG P12Z)	% 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	N. A.	N. A.				
25	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (Codice NSG P12Z)	% 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	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	N. A.	N. A.
26	ADDITIVI ALIMENTARI (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% 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	N. A.	N. A.				

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
27	MALATTIE ANIMALI TRASMISIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% 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%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
28			% 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%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
29	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAAF 2832 del 12 febbraio 2014	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	n. di bovini morti testati per BSE	n. totale dei bovini morti in età campionabile	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	N. A.	N. A.
30			% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023)	n. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	n. minimo dei capi ovini previsti annualmente dal Ministero della salute	100% del valore atteso	100% del valore atteso	100% del valore atteso	100% del valore atteso	100% del valore atteso	N. A.	N. A.
31			% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023)	n. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	n. totale dei caprini morti in età campionabile	100% del valore atteso	100% del valore atteso	100% del valore atteso	100% del valore atteso	100% del valore atteso	N. A.	N. A.
32	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/2003 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 (Codice NSG P09Z)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
33	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P11Z)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	n. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
34			% 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%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
35			% 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%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
36	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016,rep212,concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale(nota DG SAN n.15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione"e"distribuzione"	VETINFO (Codice NSG P13Z)	% 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	N. A.	N. A.				
37	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	n. campioni eseguiti	n. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	N. A.	N. A.
38	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	DATAFARM (Codice NSG P13Z)	% 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	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	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	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	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	N. A.	N. A.
39	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 – Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
40	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	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%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
41	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	AASSTT-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna AST, entro il 31 dic 2023		Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	N. A.	N. A.
42	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	n. totale campionamenti effettuati	n. totale campionamenti previsti	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
43	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	VETINFO	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi)	n. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	n. totale allevamenti suinicoli	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	N. A.	N. A.
44	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	VETINFO	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina			SI	SI	SI	SI	SI	N. A.	N. A.
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina			SI	SI	SI	SI	SI	N. A.	N. A.
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			SI	SI	-	SI	SI	N. A.	N. A.
			Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			-	SI	SI	-	-	N. A.	N. A.
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica			SI	SI	SI	SI	SI	SI	N. A.
45	PSA - PRIU	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.2025	n. di carcasse suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio allegata al PRIU			≥ 10	≥ 10	≥ 10	≥ 10	≥ 10	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
46	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.	N. A.	N. A.				
47		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.	N. A.	N. A.				
48		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%)	N. A.					
49	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	n. 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	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	N. A.	N. A.
50	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	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa 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%)	N. A.	N. A.				
51	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	≤5,0	≤5,0	≤5,0	≤5,0	≤5,0	N. A.	N. A.
52	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 sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	n. totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
53	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 sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	n. totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
54			Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	n. delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	n. totale delle richieste di prestazioni	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
55		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 2024) - (n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	(n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2022)	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%
56		Rilevazione ad hoc	Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%
57		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 Sociosanitaria", 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 31/01/2025	N. A.	N. A.				

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
58	Attività legate all'attuazione del PNRR	Rilevazione ad hoc	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/2022 secondo gli standard del DM 77/2022	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022		Reportistica inviata entro il 31/01/2025	N. A.	N. A.				
59	Miglioramento dell'attività di raccolta di sangue del cordone ombelicale (SCO) - Indicatori Ministeriali CNT e CNS-	Report per la Regione Marche della Banca del Cordone Ombelicale di Pescara (PeCBB)	Indice di Raccolta per punto nascita	n. Raccolte SCO	n. Parti	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	N. A.
60			Numero di Unità Bancate per punto nascita	Numero di Unità Bancate		≥2 unità	N. A.					
61	Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 504 del 03.04.2024		Utilizzo delle risorse	Risorse definite con atto dedicato 2024	Risorse utilizzate al 31.12.2024	1	1	1	1	1	1	1
62			Report sull'utilizzo delle risorse	Trasmissione mensile report previsti dagli atti 2024		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
63	Effettuazione visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica ai sensi della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"	reportistica mensile	Effettuazione di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica	Offerta attività ambulatoriale di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica		Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre
64	Partecipazione alle attività UCGLA come previsto dalla DGR n. 1490 del 7 ottobre 2024 "DGR 1441 del 30 Settembre 2024 "Legge n. 107, del 29 luglio 2024, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)". Rettifica e sostituzione dell'allegato A"	verbali delle riunioni	partecipazione alle attività UCGLA come da DGR n. 1490 del 7 ottobre 2024	Numero riunioni partecipate	totale riunioni convocate	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA ACCREDITAMENTI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
65	Presentazione degli esiti delle verifiche di sicurezza sismica delle strutture sanitarie e sociosanitarie		evidenza degli esiti delle verifiche (indice di sicurezza sismica e vita residua) entro il 31 dicembre 2024			valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi)	valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere
66	Adeguamento delle strutture ai manuali autorizzativi, con particolare riferimento alla protezione antisismica ed antincendio, ed alle aree di degenza ospedaliera		Per le strutture ricadenti nell'elenco delle attività soggette di cui all'Allegato 1 del D. Lgs. 151/2001 l'attuazione di tutti gli interventi necessari al rispetto della vigente normativa in materia di prevenzione incendi, garantendo la realizzazione di tutti i lavori e gli adempimenti programmati negli step di legge con la conclusione dell'iter di adeguamento entro il 24 aprile 2027, così come prorogato dal D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14			Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico
			Presentazione della richiesta di Autorizzazione all'esercizio di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie entro il 31/12/2024, con eventuali cronoprogrammi in deroga alla scadenza indicata, ad esclusione dei requisiti di sicurezza (non derogabili).			Presentazione della richiesta AUT2 entro il 31/12/2024	Presentazione della richiesta AUT2 entro il 31/12/2024	Presentazione della richiesta AUT2 entro il 31/12/2024				
SISTEMA INTEGRATO DELLE EMERGENZE												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
67	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	N. A.	N. A.				

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
68	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 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	≤ 0,10	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,10	≤ 0,12	≤ 0,12	≤ 0,10
69	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 48 ore in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 2023	≥ 2023	≥ 10% valore 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 20% valore 2023	N. A.
70	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	≥ 87%	≥ 83%	≥ 90%	≥ 88%	≥ 81%	≥ 89%
71	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	N. A.	N. A.
72	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti ≥ 1000	NO	NO	≤ 19%	NO	NO	≤ 23%	N. A.
73	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 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	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	≤ 2% del vol. min. DM 70	≥ 98%	≥ 98%	≤ 2% del vol. min. DM 70
74	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	N° ricoveri con un nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da intervento chirurgico per un tumore maligno della mammella	N° ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	≤ 2%	≤ 3%	≤ 5%	0%	≤ 5%	≤ 3%	0%
75	Appropriatezza ed efficacia	Flusso SDO (NSG) Anagrafe tributaria	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il pz risultati deceduto entro 30 giorni dalla data di ricovero	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico	≤ 8%	≤ 9%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 14%
76	Rete trapianti (Legge 91/1999)	Sistema Informativo Trapianti (SIT)	Capacità organizzativa percorso donazione	N° donatori utilizzati		≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
77	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 2024		≤2023	≤20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 10% valore 2023	≤ 2023
78		Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	n. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2024		≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 10% valore 2023
79		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 2023	≤ 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 20% valore 2023	≤ 10% valore 2023
80		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 inappropriatezza) - (esclusi ricoveri urgenti)	n. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	n. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ 2023	≥ 2023	≥ 10% del valore 2023	≥ 5% del valore 2023	≥ 2023	≥ 5% del valore 2023	≥ 5% del valore 2023
81		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48))- (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 2023	≤ 2023	≤2023	≤ 2023	≤10% valore 2023	≤ 10% valore 2023	≤ 10% valore 2023
82		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 10% valore 2023	≤10% valore 2023	≤ 10% valore 2023	≤ 10% valore 2023	≤ 10% valore 2023	≤ 10% valore 2023	≤ 2023
83		Flusso SDO (NSG)	Percentuale parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	≤ 1	N. A.	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
84	Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	n. prestazioni classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
85		Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	n. prestazioni erogate per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	≥ 90%	NO	NO	NO	NO	≥ 90%	N. A.
86		Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	n. prestazioni erogate per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
87	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	Accordo Stato-Regioni n. 143 del 01.08.2019	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	n. pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	n. totale pazienti codice arancione	≥ 80%	≥ 80%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 75%	≥ 85%
88			% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	n. pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	n. totale pazienti codice azzurro	≥ 80%	≥ 80%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
89			% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	n. pazienti codice verde visitati entro 120 minuti	n. totale pazienti codice verde	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
90			% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	n. pazienti codice bianco visitati entro 240 minuti	n. pazienti codice bianco	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
91			% abbandoni PS	n. pazienti con esito 5-6-7	n. totale pazienti	≤ 2023	≤ 2023	≤ 2023	≤ 2023	≤ 2023	≤ 2023	≤ 2023

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA	
92	Rete trapianti	Report Centro Regionale Trapianti (SIT)	n. accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I. + DCD			≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	N. A.	
93			N° donatori di cornee			≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023
94			n. donatori multilessuto procurati			≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	N. A.
95		Accordo Stato-Regioni n. 149 del 04.08.2021	n. coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023	≥ 2023
96		Accordo Stato-Regioni n. 225 del 14.12.2017	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Realizzazione di almeno 2 incontri del Comitato		invio verbale entro il 15/03/2025	N. A.						
97				Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee	Predisposizione documento e recepimento formale		invio atto entro il 15/03/2025	invio atto entro il 15/03/2025					
98	Autosufficienza di emoderivati ed emocomponenti driver (DM 20/6/24)	Flusso SISTRA	Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati	Kg di plasma destinati alla lavorazione industriale	Kg di plasma programmati DIRMT	≥ 98%	≥98%	≥98%	≥98%	≥98%	≥98%	N. A.	
99		Flusso SISTRA	Variazione % rapporto tra n. unità GR prodotti e n. Unità GR programmate	n. unità GR prodotti	n. Unità GR programmate DIRMT	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	≥ 98%	N. A.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

100	Empowerment del cittadino e accessibilità alle cure in particolare per le discipline gravate da lunghe liste di attesa e/o mobilità passiva	Report ad hoc	Realizzazione di iniziative rivolte alla cittadinanza per la promozione dell'informazione in merito alle "best practice" della rete ospedaliera regionale, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie (es. "open day" area cardiovascolare, ginecologico-ostetrica, ortopedica, oculistica, oncologica, etc.)	Numero di eventi realizzati nel corso dell'anno	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA												
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI PICENO	TARGET AOU MARCHE**	TARGET INRCA
101	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio		Diminuzione del 2% rispetto al 2023	n. TSO a Residenti Maggiorenni	10.000 abitanti * * Come indicato nel Rapporto Salute Mentale anno 2022 edito nel giugno 2023 dal Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica Ufficio di Statistica - Direzione generale della prevenzione sanitaria.	- 2% rispetto ai TSO 2023	- 2% rispetto ai TSO 2023 La cui proposta e/o convalida sono effettuate dal personale dell'Azienda	N. A.				
102	Atti contenitivi		Diminuzione del 2% rispetto al 2023	N. atti contenitivi a residenti maggiorenni		- 2% rispetto agli atti contenitivi 2023	2% rispetto agli atti contenitivi 2023	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2023				

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA OSPEDALIERA - TRASFUSIONALE (DIRMT)			
Prog.	FONTE	INDICATORE	DIRMT
103	Donazione	n. donazioni plasma-piastrinoaferesi	≥ 2023
104		n. di donazioni sangue intero/n. di donatori sangue intero	≥ 2023
105		n. di donazioni in aferesi/n. di donatori in aferesi	≥ 2023
106	Produzione	Unità di G.R. prodotti	≥ 75.500
107		Kg Plasma da conferire al frazionamento	≥ 35.500
108		Numero unità di plasmaferesi eliminate per cause tecniche	≤ 2023
109	Consumi / Appropriatezza	Appropriatezza clinica delle richieste trasfusionali: almeno 2 verifiche/anno da realizzare e verbalizzare da parte di ogni CoBUS degli Enti del SSR in merito al rispetto della programmazione annuale.	report "ad hoc" da inviare entro il 15/03/2025
110		n. unità G.R. trasfuse: n. unità trasfuse/1000 abitanti	≤ 2023
111	Autosufficienza	Emocomponenti driver (correlato H08Za - NSG) Variazione % rapporto tra n. unità GR prodotti e n. Unità GR programmate	≤ 2%
112		Emoderivati (correlato H08Zb - NSG CORE): Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati	≤ 2%
113	Formazione	n° corsi di formazione in presenza ed in FAD realizzati per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi e corsi Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO	≥ 4

**PROCEDURA DI VALUTAZIONE DIRETTORI GENERALI DEGLI ENTI DEL SSR
E DEL DIRETTORE DEL DIRMT**

CRITERI ANNO 2024

Il presente documento è composto da due parti:

- **OBIETTIVI ECONOMICI:** riguardano le azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico e si riferisce a settori trasversali quali:
 - l'area dei costi e dei debiti;
 - la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici;
 - le risorse umane;
 - la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica;
 - la digitalizzazione dei processi;
 - l'attuazione del PNRR - Missione 6 Salute.

- **OBIETTIVI SANITARI:** riguarda per ognuno dei tre macro-livelli assistenziali:
 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
 - Assistenza Distrettuale;
 - Assistenza Ospedaliera;

gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e le attività previste per una buona qualificazione dell'erogazione dei LEA che devono essere attuati grazie alle risorse assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con DGR 2074/2023 e DGR 568/2024.

CONDITIO SINE QUA NON per l'accesso alla valutazione della:

- componente economica pari a complessivi 50 punti;
- componente sanitaria pari a complessivi 50 punti;

è il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio ed il rispetto del tetto della spesa del personale come stabilito dalla normativa nazionale - a cui ciascun ente concorre - e come specificato dalla DGR n. 92 del 30.01.2024 "Art. 11 comma 1 dl 35/2019 convertito in legge n. 60/2019 - Rideterminazione del tetto di spesa del personale degli enti del SSR per l'annualità 2023" e successive determinazioni della Giunta regionale in materia.

PARTE I - OBIETTIVI ECONOMICI PUNTEGGIO TOTALE 50 PUNTI

Le azioni da effettuarsi per garantire il rispetto del vincolo economico riguardano le aree sopra descritte per le quali sono previsti indicatori singoli o gruppi di indicatori.

Il **pieno raggiungimento** del risultato per i singoli indicatori o per i gruppi di indicatori, calcolato per questi ultimi sulla percentuale di raggiungimento media di ciascun gruppo, comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio massimo per singolo Ente del SSR, così come sintetizzato nella Tabella 1.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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.

RISPETTO DEI TEMPI DI PAGAMENTO

Ai sensi di quanto stabilito al comma 865 dell'articolo 1 della Legge 30.12.2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" 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 il 50%** 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.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
TABELLA 1 - RIASSUNTIVA DI TUTTI GLI INDICATORI ECONOMICI E RELATIVI PUNTEGGI

OBIETTIVI ECONOMICI									
AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI							
		AST PESARO URBINO	AST ANCONA	AST MACERATA	AST FERMO	AST ASCOLI PICENO	AOU ANCONA	INRCA	DIRMT
GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI	1	15	15	15	15	15	15	15	
	2	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	
	3	2	2	2	2	2	2	3	
	4	2	2	2	2	2	2	2	
	5	1	1	1	1	1	1	N. A.	
FARMACEUTICA	6	2	2	2	2	2	2	2	
	7	2	2	2	2	2	N. A.	N. A.	
	8	1	1	1	1	1	N. A.	N. A.	
	9	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	2	2	
	10	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5	
	11	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	N. A.	N. A.	
	12	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	2	2	
	13	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
	14	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5	
	15	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5	
	16	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
PERSONALE	17	2	2	2	2	2	2	2	
	18	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
	19	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2	2	
	20	2	2	2	2	2	3	3	
	21	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	2	
RICETTA DEMATERIALIZZATA PAGAMENTO TICKET	23-26	2	2	2	2	2	3	3	
	27	1	1	1	1	1	1	1	
DIGITALIZZAZIONE PROCESSI	28	0,5	0,5	1	0,5	0,5	1	1	
	29	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
	30	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
	31	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
	32	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
	33	0,5	0,5	NA	0,5	0,5	NA	NA	
PNRR - MISSIONE 6	34	1	1	1	1	1	1	1	
	35	2	2	2	2,5	2	3	3	
	36	2	2	2	2,5	2	N. A.	N. A.	
	37	1	1	1	1,5	1	N. A.	N. A.	
	38	2	2	2	N. A.	2	N. A.	N. A.	
	39	1	1	1	1	1	1	N. A.	
	40	1	1	1	1,5	1	1	N. A.	
TOTALE		50	50	50	50	50	50	50	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARTE II - OBIETTIVI SANITARI PUNTEGGIO TOTALE 50 PUNTI

A proposito del pre-requisito del rispetto della completezza dei flussi informativi nell'ambito degli Obiettivi sanitari, 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 (NSIS) e richiamati dall'articolo, 3 comma 8, dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. In tal caso, la decadenza non opera automaticamente, ovvero 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.

La Regione ritiene di penalizzare i risultati complessivi raggiunti dalle direzioni degli Enti del SSR relativi agli indicatori sanitari qualora i dati conferiti alla banca dati regionale non rispettino le tempistiche previste dai Decreti Ministeriali di riferimento dei flussi informativi con una decurtazione dei punteggi previsti per le aree prevenzione, distretto e ospedale.

Gli obiettivi sanitari fanno riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - di cui al D.M. 12.03.2019 - che si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza - Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera - a loro volta suddivisi tra "Indicatori Core" e "Altri indicatori", nonché altri indicatori previsti da deliberazioni di Giunta regionale, in quanto ritenuti indispensabili per il mantenimento ed il miglioramento della qualità assistenziale.

Gli indicatori relativi agli obiettivi sanitari sono suddivisi in due Sezioni:

- NGS CORE;
- ALTRI INDICATORI.

per ciascuna sezione sopra descritta sono previsti indicatori singoli o gruppi di indicatori.

Il **pieno raggiungimento** del risultato per i singoli indicatori o per i gruppi di indicatori, calcolato per questi ultimi sulla percentuale di raggiungimento media di ciascun gruppo, comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio massimo per singolo Ente del SSR, così come sintetizzato nella Tabella 2.

Ove non diversamente specificato nel target degli indicatori:

- una percentuale di raggiungimento inferiore al 100% su tutti gli indicatori singoli o gruppi di indicatori della Sezione "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 della Sezione "ALTRI 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 della Sezione "ALTRI INDICATORI" determina l'assegnazione del 80% del valore del punteggio collegato agli indicatori in oggetto;

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- una percentuale di raggiungimento pari o superiore al 90% ed inferiore al 95% sui singoli indicatori o sui gruppi di indicatori della Sezione “ALTRI 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 della Sezione “ALTRI 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 248/2018 alle Direzioni generali degli Enti del SSR per la parte sanitaria la quota dell’indennità di risultato subirà un abbattimento come di seguito esplicitato:

- 1) **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);
- 2) **è decurtata in maniera proporzionale come specificato nelle tabelle sottostanti:**

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

Tabella a): Flussi Mensili (SDO + EMUR PS + EMUR 118 + Farmaceutica + File C)			
n. mesi non inviati	DECURTAZIONE AST	DECURTAZIONE AOU DELLE MARCHE	DECURTAZIONE INRCA
1	0,5	1	1
2	1	2,5	2
3	1,5	5	4,5
4	2,4	7,5	6,5
5	3,4	10	8,5
6	5,2	13,5	11
7	6,9	18	15
8	9,2	21,5	18,5
9	11,7	27,5	22
10	14,5	35,5	25
11	16,8	43,5	31
12	17,5	50	35

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

Tabella b): Flussi Trimestrali (SIAD+FAR+Hospice+SISM)		
n. trimestri non inviati	DECURTAZIONE AST	DECURTAZIONE INRCA
1° Trim	2,5	1
2° Trim	6	2,5
3° Trim	10	5
4° Trim	17,5	7,5

Tabella c) Decurtazione per Flussi Trimestrali (SICOF + SIAR) non inviati entro i tempi previsti

Tabella c): Flussi Trimestrali (SICOF+SIAR)	
n. trimestri non inviati	DECURTAZIONE AST
1° Trim	2,5
2° Trim	6
3° Trim	10
4° Trim	17,5

Tabella d) Decurtazione Flussi Annuali non inviati entro i tempi previsti

Tabella c): Flussi Annuali (SIND, File R*)		
Numero annualità non inviati	DECURTAZIONE AST	DECURTAZIONE INRCA
Annualità	7,5	7,5

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

- 3) **è decurtata per una quota aggiuntiva del 25%** (rispetto a quanto previsto al punto 2) 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 successivo.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- 4) **è decurtata per una quota aggiuntiva del 10%** (rispetto a quanto previsto al punto 2) qualora l'ente sanitario registri una % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso <85%.

Metodologia: al 15 di marzo in chiusura si verifica: [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati].

Tabella e) Decurtazione 2,5 punti per le AST, AOU delle Marche ed INRCA per Flussi settimanali non inviati entro i tempi previsti:

Tabella e): Flussi Settimanali	
Invio Settimanale con i dati giornalieri (flusso in chiaro incidenza Covid-19 e aggregato: quarantenati/ospedalizzazioni)	Invio settimanale 100%

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

Tabella f) Decurtazione 2,5 punti per le AST, AOU delle Marche ed INRCA per Flussi Trimestrali non inviati entro i tempi previsti

Tabella f): Flussi trimestrali - Anagrafe vaccinale			
	AST	AOU AN	INRCA
Invio Trimestrale Anagrafe vaccinale (percorso vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni obbligatorie e 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
TABELLA 2 - RIASSUNTIVA DI TUTTI GLI INDICATORI SANITARI E RELATIVI PUNTEGGI

OBIETTIVI SANITARI (1/2)									
AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI							
		AST PESARO URBINO	AST ANCONA	AST MACERATA	AST FERMO	AST ASCOLI PICENO	AOU ANCONA	INRCA	DIRMT
AREA PREVENZIONE	1	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA INDICATORI NSG "CORE"	2	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	3	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	4-6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA ALTRI INDICATORI	7-8	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2	1,5	
	9	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	10	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	11	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	N.A.	
	12	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	13	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	14	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	15	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	1	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE INDICATORI NSG "CORE"	16	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	17-23	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE ALTRI INDICATORI	24-26	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	27-32	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	33-35	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	36-39	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	40-42	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"	43-45	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	46-48	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	49	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	50	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	51	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA ALTRI INDICATORI	52	1	1	1	1	1	2	2,5	
	53-57	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	5,5	
	58	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	59-60	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	N.A.	
	61-62	1	1	1	1	1	1	1	
	63-64	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OBIETTIVI SANITARI (2/2)									
AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI							
		AST PESARO URBINO	AST ANCONA	AST MACERATA	AST FERMO	AST ASCOLI PICENO	AOU ANCONA	INRCA	DIRMT
AREA ACCREDITAMENTI	65	1	1	1	1	1	1	1	1
	66	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
SISTEMA INTEGRATO DELLE EMERGENZE	67	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	68	1	1,5	1,5	1	1	4	5,5	
	69	1	1	1	1	1	4	N.A.	
	70	2	2	2	2	2	4	5	
	71	2,5	2	2	2,5	2,5	N.A.	N.A.	
	72	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	4	N.A.	
	73	1	1	1	1	1	1	1	
	74	1	1	1	1	1	1	1	
	75	1	1	1	1	1	1	4	
AREA OSPEDALIERA ALTRI INDICATORI	74-83	1	1	1	1	1	4	5	
	84-86	2	2	2	2	2	4	5	
	87-91	2	2	2	2	2	4	5	
	92-97	1	1	1	1	1	2,5	4	
	98-99	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	
	100	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	101	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	
	102	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	
AREA TRASFUSIONALE TARGET DIRMT	103	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	4
	104	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	4
	105	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	4
	106	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	3
	107	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	3
	108	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	3
	109	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	3
	110	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	3
	111	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	8
	112	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	10
113	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	5	
TOTALE		50	50	50	50	50	50	50	50