



## GIUNTA REGIONALE

### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 176 DEL 19/02/2024

ADUNANZA N. 223

LEGISLATURA XI

PROT. N. 216

TIPO D'ATTO: DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

ASSESSORE PROPONENTE: FILIPPO SALTAMARTINI

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO SALUTE

OGGETTO: **DGR n. 1634 del 13.11.2023 "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023" - Rettifica errori materiali e precisazioni**

Il giorno 19 febbraio 2024, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- Francesco Acquaroli	Presidente
- Filippo Saltamartini	Vicepresidente
- Stefano Aguzzi	Assessore
- Francesco Baldelli	Assessore
- Chiara Biondi	Assessore
- Goffredo Brandoni	Assessore

È assente:

- Andrea Maria Antonini	Assessore
-------------------------	-----------

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Francesco Acquaroli.

Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Francesco Maria Nocelli.

Riferisce in qualità di relatore il Vicepresidente Filippo Saltamartini.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: DGR n. 1634 del 13.11.2023 “D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023” - Rettifica errori materiali e precisazioni.

### **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**

- di approvare le correzioni di errori materiali e le precisazioni relative all’Allegato A “Obiettivi degli Enti del SSR - Anno 2023” e all’Allegato B “Procedura di valutazione dei Commissari Straordinari - Direttori Generali degli Enti del SSR - Criteri Anno 2023” della DGR 1634/2023 come risultanti rispettivamente negli Allegati 1 e 2 parti integranti e sostanziali della presente deliberazione che li sostituiscono integralmente, al fine di consentire l’avvio del procedimento di rendicontazione da parte degli Enti del SSR e la successiva valutazione dei risultati raggiunti dai medesi Enti nell’anno 2023.

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. 1851 del 30.12.2022 “L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l’anno 2023”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 1634 del 13.11.2023 “D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2022”;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 2073 del 28.12.2023 “L. R. n. 19 del 08/08/2022 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2023 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2023-2025”.

#### **Motivazione ed esito dell’istruttoria**

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*”;

In attuazione della suindicata normativa, con la DGR 1634/2023 sono stati definiti gli obiettivi sanitari ed economici degli Enti del SSR per l’anno 2023 e sono stati conseguentemente approvati i criteri relativi alla valutazione dei risultati raggiunti dai Direttori Generali per l’anno 2023.

Al momento della predisposizione della DGR 1634/2023 era stato fatto riferimento alla DGR 1851/2022 con la quale gli Enti del SSR erano stati autorizzati alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l’anno 2023, ovvero le risorse per garantire i LEA. Successivamente, con la DGR 2073/2023 sono state assegnate agli Enti del SSR le risorse per il Bilancio preventivo 2023, sarà sulla base di quest’ultima deliberazione che si provvederà alla valutazione dei risultati degli Enti del SSR.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tenuto conto che l'attività di rendicontazione del grado di raggiungimento degli obiettivi 2023 dovrà essere avviata tempestivamente da parte degli Enti del SSR, riscontrato che, stante la complessità della materia, a seguito di una attenta rilettura della DGR 1634/2023 con i Dirigenti di Settore, a vario titolo competenti per materia, sono stati riscontrati alcuni errori materiali, che rendono necessario apportare minime modifiche che non alterano la sostanza degli obiettivi citati, ma chiariscono i rispettivi target, prima dell'avvio del procedimento di rendicontazione e successiva valutazione delle Direzioni generali degli Enti del SSR per l'anno 2023, precisamente:

### Per quanto riguarda gli **Obiettivi economici**:

- risultano omessi gli obiettivi inerenti la specifica attività svolta dal DIRMT (Obiettivo n. 2) nonché l'attività di raccolta sangue effettuata da tutte le AST e dall'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche coordinata dal DIRMT (Obiettivo n. 5), di rilevante importanza per assicurare il raggiungimento a livello regionale dell'autosufficienza del sangue, come di seguito specificato:

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	DIRMT
2	Rispetto del budget dei costi	Dirmt: Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2023 rispetto alle risorse assegnate nell'ambito del Bilancio di previsione 2023 dell'AOU delle Marche di cui alla DGR 1851/2022 e smi	Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2023 - Valore economico del totale dei costi rendicontati nel bilancio di previsione 2023		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<0
3		Assicurare nell'ambito del bilancio di esercizio 2023 una specifica voce di spesa dedicata all'attività di raccolta sangue coordinata dal Direttore del Dirmt per il raggiungimento a livello regionale dell'autosufficienza del sangue			SI	SI	SI	SI	SI	SI	N.A.	N.A.

Con conseguente allineamento del punteggio di valutazione come di seguito specificato:

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	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	15	
	2	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	50
	3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	
	4	2	2	2	2	2	2	5	
	5	3	3	3	3	3	3	N. A.	

- per un errore nella composizione del file nell'obiettivo ex n. 11 "Anagrafica dispositivi medici in AREAS" che, in esito alle suindicate integrazioni, assume pertanto il n. 13 risulta una data di rendicontazione diversa per ciascun Ente, mentre è da intendersi entro il 28.02.2024 per tutti gli Enti del SSR, ovvero:



**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
13	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2023			rendicontazione entro il 28/02/2024						

Per quanto riguarda gli **Obiettivi sanitari**:

- risulta erroneamente imputata all'AOU delle Marche l'attività trasfusionale che è invece da intendersi quale obiettivo da assegnare al Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT), in attuazione di quanto disposto dalla DGR 990/2021 che 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"* come di seguito esplicitato:

AREA TRASFUSIONALE - TARGET DIRMT			
Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET
98	Donazione	N° donazioni plasma-piastrinoaferesi	≥ valore 2022
99		N° di donazioni sangue intero/N° di donatori sangue intero	≥ valore 2022
100		N° di donazioni in aferesi/N° di donatori in aferesi	≥ valore 2022
101	Produzione	Unità di G.R. prodotti	≥ 77.000
102		Kg Plasma da conferire al frazionamento	≥ 35.500
103		Numero unità di plasmaferesi eliminate per cause tecniche	≤ valore 2022
104	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 31/01/2024
105		N° unità G.R. trasfuse: N° unità trasfuse/1000 abitanti	≤ valore 2022
106	Autosufficienza	Emocomponenti driver (H08Za - NSG) Variazione % rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmate	≤ 2%



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET
107		Emoderivati (H08Zb - NSG): Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati	≤ 2%
108	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

Indicando conseguentemente il punteggio da assegnare al DIRMT come di seguito riportato:

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 TRASFUSIONALE - Target DIRMT	98-108	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	50

Per quanto sopra si è reso, quindi, necessario procedere a una rimodulazione della Tabella 2 – “Riassuntiva di tutti gli indicatori sanitari e relativi punteggi” di cui alla DGR 1634/2023 in conseguenza delle rettifiche apportate, preventivamente condivise con gli Enti interessati, che hanno portato alla Tabella “Riassuntiva di tutti gli indicatori sanitari e relativi punteggi” definitiva come di seguito riportato:



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	OBIETTIVI SANITARI							
		AST PESARO URBINO	AST ANCONA	AST MACERATA	AST FERMO	AST ASCOLI PICENO	AOU ANCONA	INRCA	DIRMT
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	45	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI	6	4	4	4	4	4	4	3	
	7	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	8	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	9-10	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	N.A.	
	11	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	12-14	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	15	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	16	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"	17-23	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
	24-26	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI	27-31	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	32-34	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	35-38	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	39-42	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	43-52	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"	53-55	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	56	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	57	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	58	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	59	1	1	1	1	1	3	2,5	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ALTRI INDICATORI	60-64	3	3	3	3	3	3	4	
	65-66	1	1	1	1	1	0,5	N.A.	
	67-68	1	1	1	1	1	0,5	3	
AREA ACCREDITAMENTI	69	1	1	1	1	1	1	1	
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	70	1	2	2	1	1	4	5,5	
	71	3	2	2	1	2	4	N.A.	
	72	1	1	2	3	3	4	7	
	73	4	3	2	4	2	N.A.	N.A.	
	74	N.A.	N.A.	1	N.A.	N.A.	4	N.A.	
	75	1	2	1	1	2	1	3	
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI	76-77	1	1	1	1	1	3	3	
	78-83	1	1	1	1	1	3	3	
	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	4	4	
AREA TRASFUSIONALE - Target DIRMT	98-108	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	50
AREA DIREZIONE SANITA' E ONE SOCIOSANITARIA	109	1	1	1	1	1	1	N.A.	
	<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Per tutto quanto sopra esposto, al fine di una corretta e complessiva lettura sia degli obiettivi che dei criteri di valutazione degli Enti del SSR e del DIRMT - anno 2023 si propone alla Giunta di provvedere all'approvazione degli Allegati 1 e 2, parti integranti e sostanziali della presente deliberazione che sostituiscono integralmente, rispettivamente, l'Allegato A e l'Allegato B della DGR 1634/2023, al fine di consentire l'avvio del procedimento di rendicontazione da parte degli Enti del SSR e la successiva valutazione dei risultati raggiunti dai medesimi Enti nell'anno 2023.

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 né 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**

Allegato 1 – Obiettivi 2023  
Allegato 2 – Criteri 2023



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**ALLEGATO 1**

**OBIETTIVI DEGLI ENTI DEL SSR - ANNO 2023**

**OBIETTIVI ECONOMICI**

PRE-REQUISITI								
PREREQUISITI		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	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 2023, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i.	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i.)	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	
2		Dirmt: Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2023 rispetto alle risorse assegnate nell'ambito del Bilancio di previsione 2023 dell'AOU delle Marche di cui alla DGR 1851/2022 e s.m.i	Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2023 - Valore economico del totale dei costi rendicontati nel bilancio di previsione 2023	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	<=0
3		Assicurare nell'ambito del bilancio di esercizio 2023 una specifica voce di spesa dedicata all'attività di raccolta sangue coordinata dal Direttore del Dirmt per il raggiungimento a livello regionale dell'autosufficienza del sangue			SI	SI	SI	SI	SI	SI	N.A.	N.A.
4	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2023 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totali valore fatture pagate nell'esercizio 2023	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	<3% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	<3% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)	
5	Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012	Variazione annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali  * Sono escluse le singole strutture: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022 e 2023; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2023 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011; - 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 dell'art. 4, c. 9-odecies della L. 14/2023, di conversione del DL 198/2022, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 1243/2023.	(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 2022)	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	NO		

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ATTIVITA' RELATIVE ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR											
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	Avvio delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST) dal 01.01.2023	Adozione di tutti gli atti di specifica competenza per la piena funzionalità delle AST			entro il 31.12.2023	entro il 31.12.2023	entro il 31.12.2023	entro il 31.12.2023	entro il 31.12.2023	NO	NO

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

FARMACEUTICA											
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO	TARGET AST ANCONA	TARGET AST MACERATA	TARGET AST FERMO	TARGET AST ASCOLI	TARGET AOU MARCHE	TARGET INRCA
7	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione Incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti del 4% rispetto alla spesa del 2022. Sono inclusi i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini	(Spesa 2023-2022)*100	Spesa 2022	≤ + 4%	≤ + 4%	≤ + 4%	≤ + 4%	≤ + 4%	≤ + 4%	≤ + 4%
8	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Assegnazione del tetto della spesa della farmaceutica convenzionata per ciascuna AST calcolato sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili riepilogative mensili (DCR) del 2022	Tetto 2023		46.900.000	66.300.000	40.700.000	23.700.000	27.800.000	NO	NO
9	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per AST: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemicco)	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AOU e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	N° DDD antibiotici: anno 2023-2022		valore negativo						
10	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		19	23	15	10	10	NO	NO
11	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia/avvio progetto per realizzazione nel 2024			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240)			≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022
13	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2023			rendicontazione entro il 28/02/2024						

**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
14	Rispetto scadenze per adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci	I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire entro 7-10 giorni dalla richiesta ARS	Rispetto della scadenza		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
15	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 segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmacovigilanza deve essere inferiore a 7 giorni			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad accezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnosticci in vitro (D.Lgs 332/2000)")	Flusso dei Consumi	Costi dai conti CE	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
17	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi	L'intervallo tra la data dell'incidente e la data di validazione nella rete di dispositivo vigilanza deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
18	Spesa relativa all'assistenza protesica	Riduzione o mantenimento della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio 2022 (CE BA0750 )			≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	NO	NO	

**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
19	Rispetto del tetto di spesa per il personale  (art. 11, comma 1 D. L. 35/2019 convertito in Legge 60/2019)	Rispetto del tetto di spesa  (art. 11, comma 1 D. L. 35/2019 convertito in Legge 60/2019)	Spesa anno 2023 (secondo i criteri dell'adempimento AG)	Tetto di spesa assegnato per l'anno 2023 con specifica DGR	1	1	1	1	1	1	1
20	Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e form.attestante il personale in servizio (in termini di UE e costi) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).	Produzione reportistica al 30/09/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/01/2024).
21		Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2023 - N. UE relative a contratti flessibili anno 2022 (entrambi gli anni al netto delle assunzioni per l'abbattimento delle liste di attesa)	N. UE relative a contratti flessibili TD anno 2022 (al netto delle assunzioni per l'abbattimento delle liste di attesa)	- 25% rispetto al 2022						
22	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione documentazione attestante la definizione del budget assegnato alle prestazioni aggiuntive		Report entro il 30/11/2023						

**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
23	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report dei costi periodici per prestazioni aggiuntive			Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita dal Settore Ris.umane e form. per Area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).	Produzione reportistica al 30/6/2023 (da produrre entro il 30/11/2023); Produzione reportistica al 30/9/2023 (da produrre entro il 31/12/2023); Produzione reportistica al 31/12/2023 (da produrre entro il 31/03/2024).
24	Formazione e PNRR	Realizzazione del Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023)			Produzione Modulo D - Comitati ICA	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report	Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2023 e relativo report
25	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Comunicazione	Interventi di Comunicazione volti ad aumentare l'utilizzo del fascicolo in consultazione, l'invio di documenti , incrementare l'uso da parte degli operatori verso i cittadini		≥1	≥1	≥1	≥1	≥1	≥1	≥1
26		Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione	Partecipazione della Direzione generale e delle figure apicali degli Enti del SSR ad almeno un intervento formativo inerente l'avvio del Piano Operativo "Formazione FSE"		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA											
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
27	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>PRESCRIZIONE</b>	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80% (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%
28	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>PRESCRIZIONE</b>	% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 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%
29	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>EROGAZIONE</b>	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - <b>EROGAZIONE</b>	% 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%
30			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	Relazione	Entro il 31.12.2023	Entro il 31.12.2023	Entro il 31.12.2023	Entro il 31.12.2023	Entro il 31.12.2023	Entro il 31.12.2023	Entro il 31.12.2023

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI											
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
31	Codifica unitaria di tutti i prodotti aziendali	% prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale ovvero completi di tutte le informazioni di dettaglio necessarie	Indice di completezza informativa dei prodotti codificati ex novo o corretti nel 2023	Indice di completezza informativa dei prodotti movimentati e codificati o corretti negli anni precedenti	20%	20%	20%	20%	20%	20%	NA
32	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%
33	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%

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

PNRR - MISSIONE 6											
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	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	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"	Tipologia 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"		≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
35		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
36		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNRR	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
37		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNC	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO
38		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.	Gare AQ - Consip da pubblicare e contratti servizi digitalizzazione da concludere, come da Milestone CIS	Gare AQ - Consip pubblicati e contratti servizi digitalizzazione conclusi o in fase di aggiudicazione	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NO
39		Missione 6 - Componente2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("Progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
40		Missione 6 - Componente1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
41		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 - Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimento 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
42		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### OBIETTIVI SANITARI

PRE-REQUISITI												
Prog.	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	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
		Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre		Alimentazione completa con dati per Trimestre					
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Totali Utenti Flusso FAR	Totali utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%		Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-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 +-20%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%		Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%
		Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre		Alimentazione completa con dati per Trimestre					
		SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=80%	Totali Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totali Prese in carico (PIC) con prima valutazione	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%		Alimentazione completa con dati per Trimestre	
		Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre		Alimentazione completa con dati per Trimestre					
		Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali		Alimentazione completa con dati Annuali					
	Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	Totali Utenti SIND anno 2022	Totali Utenti SIND anno 2021	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%		>=90%		

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRE-REQUISITI												
Prog.	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	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
Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)				Alimentazione completa con dati Annuali								
Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)				Alimentazione completa con dati per Semestre								
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%				
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 >=85%		Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso SDO	totale record inviati flusso SDO	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%		
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 >=85%		Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso EMUR PS + EMUR 118	totale record inviati flusso EMUR PS + EMUR 118	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%		

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRE-REQUISITI												
Prog.		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 Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili							
		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 M6C211.3.2	Flussi PNRR: Avvio del Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF)	Adempimenti alla fase di test		Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	
		Flussi PNRR: Avvio del Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione	Adempimenti alla fase di test		Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	Adempimenti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test	
Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	1) Invio settimanale dati posti letto e ricoveri				Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19							
	Invio Trimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso Non-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	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO
2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO

**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
3	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2023	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO
4			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2023	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%)/superamento o del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO
5			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2023 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2023	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento (toleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO

**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
6	Attività vaccinale anti Sars-CoV-2 -	Relazione Enti sulle azioni implementate (Piani Pandemic)	Inclusione nel Piano Pandemico aziendale di azioni di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe	Piano Pandemico aziendale redatto e formalmente adottato, comprensivo di documentazione di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali	adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali
7	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF [ISS], ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione >= 65 anni residente	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	NO	NO
8	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	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%	NO	NO
9	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 Dlgs 81/08	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2022)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2022)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NO
10		Registro Regionale delle Cause di Morte	Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2021	Numero schede cause di morte registrate e controllate per la qualità anno 2021	Numero totale schede cause di morte anno 2021	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
11	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	NO	NO
12	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Atti Enti (AASSTT)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna AST per l'attuazione dei Programmi del PRP	Determina in ciascuna AST	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	NO	NO	
13	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	NO	NO	
14	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ARS/Regione	% Indicatori certificativi raggiunti per anno 2023 (dato regionale)	N. Indicatori PRP per anno 2023 raggiunti	N. Indicatori PRP per anno 2023	>= 70%	>= 70%	>= 70%	>= 70%	>= 70%	NO	NO
15	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Atti Enti	Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale	Determina Piano Pandemico	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	Approvazione e trasmissione atto	
16	Screening HCV popolazione	Atti Enti/ rendicontazione Ministero salute	Avvio campagna screening HCV popolazione nati 1969-1989	Avvio nelle AST della campagna di screening	Comunicazione avvio campagna	Comunicazione avvio campagna	Comunicazione avvio campagna	Comunicazione avvio campagna	Comunicazione avvio campagna	NO	NO	



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**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 (NSG)	% allevamenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti ovi-caprini controllati I&R	N. totale allevamenti ovi-caprini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	NO	NO				
18			% allevamenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli allevamenti)	N. allevamenti suini controllati I&R	N. totale allevamenti suini da controllare	1% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	NO	NO				
19			% allevamenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti bovini controllati I&R	N. totale allevamenti bovini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	NO	NO				
20			% allevamenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti equini controllati I&R	N. totale allevamenti equini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2022	NO	NO				
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 31/12/2022	NO	NO				
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 (NSG)	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 stabilito	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilito	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilito	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilito	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilito	NO	NO
23	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
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 (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	NO	NO
25	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci,sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	N.Campioni effettuati per il PNR	Totali 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	NO	NO
26	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. Campioni effettuati per il PNCAA	Totali campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	NO	NO				

**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 TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013	VETINFO (NSG)	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
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%	NO	NO
29	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	VETINFO (NSG)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti in età campionabile	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	NO	NO
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	NO	NO
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	NO	NO
32	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.: nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	VETINFO (NSG)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totali campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
33	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	DATAFARM-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere in allevamenti di 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%	NO	NO
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%	NO	NO
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%	NO	NO

**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 Stab-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 (NSG)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare	NO	NO				
37	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 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	NO	NO
38	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	DATAFARM (NSG)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	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	NO	NO
39	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 – Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO

## 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 prevista	Aree di raccolta molluschi	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
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	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	NO	NO
42	PIANO NAZIONALE MICOTOSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micobossine 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%	NO	NO
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 suini	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	NO	NO
44	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO	% Allevamenti avicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R	N. allevamenti avicoli controllati	N. totale allevamenti avicoli	1% degli allevamenti - (DM 07/03/23)	NO	NO				
45	ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO – DLgs 18/2023	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	% di controlli esterni effettuati sui controlli previsti secondo la frequenza di campionamento indicata nel DLgs 18/2023	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campioni previsti dal DLgs 18/2023	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)	NO	NO

**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
46	ACQUE MINERALI - D. Lgs 176/2011 "Attuazione della direttiva 2009/54/CE, sull'utilizzazione e la commercializzazione delle acque minerali naturali" - DM 10 febbraio 2015 "Criteri di valutazione delle caratteristiche delle acque minerali naturali" - Circolare Ministero della Sanità n. 17 del 13/09/1991 - Circolare Ministero della Sanità n. 19 del 14/05/1993 sulle acque minerali. - DDPF n.49 del 20.03.2017	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	% di controlli effettuati sui controlli previsti (alle sorgenti utilizzate e agli impianti di imbottigliamento) secondo le circolari ministeriali e DDPF 49/2017	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campionamenti previsti da circolari e DDPF 49/2017	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	NO	NO
47	PRODOTTI FITOSANITARI DDPF VSA n. 28 del 25/02/2021 "Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari per il periodo 2021-2024" e indirizzi operativi ministeriali: DGISAN /l.4.c.8.2/2022/1	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 28.02.24	Numero di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari sul numero di attività autorizzate	N. di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari	N. di attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari autorizzate	> 20%	> 20%	> 20%	> 20%	> 20%	NO	NO
48	PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	DATAFARM	% i controlli ufficiali effettuati sul programmato (sulla base della programmazione inviata al Settore PVSA)	N. totale controlli ufficiali effettuati	N. totale controlli ufficiali programmati	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
49	CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	DATAFARM	% Inserimento dei controlli ufficiali nel sistema informativo Datafarm	N. totale controlli ufficiali inseriti	N. totale controlli ufficiali effettuati	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO

## 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
50	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	NO	NO	
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina		SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina		SI	SI	-	SI	SI	NO	NO	
			Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina		-	SI	SI	-	-	NO	NO	
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica		SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	
51	IGIENE URBANA VETERINARIA	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	Numero di ispezioni effettuate presso strutture veterinarie	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
		Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	Numero di ispezioni effettuate presso canili e/o gattili e rifugi	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%	100%	100%	100%	100%	NO	NO
52	PSA - PRIU	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	Numero 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	NO	NO	

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - 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
53	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.	> 4,00 x 1000 ab.	> 4,00 x 1000 ab.	> 4,00 x 1000 ab.	> 4,00 x 1000 ab.	> 4,00 x 1000 ab.	NO	NO
54		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.	> 2,50 x 1000 ab.	> 2,50 x 1000 ab.	> 2,50 x 1000 ab.	> 2,50 x 1000 ab.	> 2,50 x 1000 ab.	NO	NO
55		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%)	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	NO	NO
56	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 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	NO	NO
57	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	$\sum$ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + $\sum$ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	NO	NO				
58	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	Totali ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤5,0	≤5,0	≤5,0	≤5,0	≤5,0	NO	NO
59	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	<b>Questionario LEA:</b> garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor doppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%	>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
60	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.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
61			Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	N. totale delle richieste di prestazioni	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
62		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 2023) - (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2022)	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2021)	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%
63		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%
64		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 31/01/2024	Reportistica inviata entro il 31/01/2024	Reportistica inviata entro il 31/01/2024	Reportistica inviata entro il 31/01/2024	Reportistica inviata entro il 31/01/2024	NO	NO	

## 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
65	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 559/22 secondo gli standard del DM 77/22	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022	Reportistica inviata entro il 31/01/2024	NO	NO					
66	Implementazione Percorso Nascita	Rilevazione ad hoc	Costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale	Produzione entro il 31/12/2023 determina attestante la costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale	Trasmissione Determina	Trasmissione Determina	NO					
67	Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 1243 del 10.08.2023		Utilizzo delle risorse	Risorse definite dalla DGR 1243/2023	Risorse utilizzate al 31.12.2023	1	1	1	1	1	1	1
68			Report sull'utilizzo delle risorse	Trasmissione mensile report previsti dalla DGR 1243/2023		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

### 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
69	Presentazione degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie		Evidenza dell'appalto affidato			avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero	avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero	avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno una struttura residenziale o semiresidenziale pubblica	presentare l'esito della verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero	avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica: - PO Torrette almeno 2 corpi - PO Salesi almeno 2 corpi	avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero	avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero

**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
70	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,12	≤ 0,12	≤ 0,12	≤ 0,12
71	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	NO
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)	% 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	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022
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)	% partì cesarei primari sul totale dei partì nelle strutture con maternità di I livello o con numero partì < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero partì < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero partì < 1000	≤ 22%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 22%	≤ 20%	NO	NO
74	"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)	% partì cesarei primari sul totale dei partì nelle strutture con maternità di II livello o con numero partì ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero partì ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero partì ≥ 1000	NO	NO	≤ 20%	NO	NO	≤ 25%	NO
75	"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

**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
76	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 2023		≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022
77		Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2023		≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022
78		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022
79		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)	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022	≥ 2022
80		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiochirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48))- (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022	< 2022
81		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 2022	≤ 2022	riduzione di almeno 10% del valore 2022	riduzione di almeno 10% del valore 2022	riduzione di almeno 10% del valore 2022	riduzione di almeno 10% del valore 2022	≤ 2022
82		Flusso SDO (NSG)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			≤ 2022	riduzione di almeno 10% del valore 2022	riduzione di almeno 10% del valore 2022	0%	riduzione di almeno 10% del valore 2022	≤ 2022	0%
83		Flusso SDO (NSG)	Numero parto fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN			≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	NO	NO

**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			≥ 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			NO	NO	NO	NO	NO	≥ 90%	NO
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			≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	NO
87	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	Accordo Stato-Regioni n. 143 del 01/8/2019	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	N° pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	N° totale pazienti codice arancione	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	almeno 20% aggiuntivo della % 2022	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	almeno 20% aggiuntivo della % 2022	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	≥ 80%
88			% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	N° pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	N° totale pazienti codice azzurro	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	almeno 20% aggiuntivo della % 2022	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	almeno 20% aggiuntivo della % 2022	almeno 10% aggiuntivo della % 2022	≥ 90%
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	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022	≤ 2022
92	Rete trapianti	Report Centro Regionale Trapianti (SIT)	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrosi deceduti in T.I. + DCD			> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	NO
93			N° donatori di cornee			> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022
94			N° donatori multitessuto procurati			> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	NO
95		Accordo Stato-Regioni n. 149 del 4/8/2021	N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022	> 2022
96		Accordo Stato-Regioni n. 225 del 14/12/2017	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Istituzione del Comitato con atto e realizzazione di almeno 1 incontri del Comitato	invio atto e verbale entro il 31/12/2023	NO						
97			Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee	Predisposizione documento e recepimento formale	invio atto entro il 31/12/2023	invio atto entro il 31/12/2023						

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA TRASFUSIONALE - TARGET DIRM			
Prog.	SUB-OBIETTIVI	INDICATORE	TARGET
98	Donazione	N° donazioni plasma-piastriofaferesi	≥ valore 2022
99		N° di donazioni sangue intero/N° di donatori sangue intero	≥ valore 2022
100		N° di donazioni in aferesi/N° di donatori in aferesi	≥ valore 2022
101	Produzione	Unità di G.R. prodotti	≥ 77.000
102		Kg Plasma da conferire al frazionamento	≥ 35.500
103		Numero unità di plasmaferesi eliminate per cause tecniche	≤ valore 2022
104	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 31/01/2024
105		N° unità G.R. trasfuse: N° unità trasfuse/1000 abitanti	≤ valore 2022
106	Autosufficienza	Emocomponenti driver (H08Za - NSG) Variazione % rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmate	≤ 2%
107		Emoderivati (H08Zb - NSG): Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati	≤ 2%
108	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

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA												
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
109	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio		Diminuzione del 3% rispetto al 2022	N° TSO a Residenti Maggiorenni	Popolazione Residente	- 3% rispetto ai TSO 2022	NO					

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**ALLEGATO 2**

**PROCEDURA DI VALUTAZIONE DEI COMMISSARI STRAORDINARI - DIRETTORI**

**GENERALI DEGLI ENTI DEL SSR**

**CRITERI ANNO 2023**

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, gli adempimenti connessi all'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR, la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, le risorse umane, la dematerializzazione delle prescrizioni, l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e l'attuazione del PNRR;
- **OBIETTIVI SANITARI:** riguarda per ognuno dei tre macro-livelli assistenziali, Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza Distrettuale e 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 provvisoriamente agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con DGR 1851 del 30.12. 2022 e della successiva DGR 2073 del 28.12.2023, e di cui si valuterà l'applicazione attraverso opportuni indicatori di seguito esplicitati.

**Conditio sine qua non** per l'accesso alla valutazione della:

- componente economica pari a 50 punti;
- componente sanitaria pari a 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. 630 del 15.05.2023 "Rideterminazione definitiva del tetto di spesa del personale degli Enti del SSR, a decorrere dall'esercizio 2022, ex art. 11, comma 1, del decreto-legge n. 35/2019" e DGR 92 /2024 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 della gestione dei costi e dei debiti, gli adempimenti connessi all'attuazione del processo di riorganizzazione degli Enti del SSR, la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, le risorse umane, la dematerializzazione delle prescrizioni, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e l'attuazione della Missione 6 del PNRR.

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Per ciascuna area 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 1.

Limitatamente all'indicatore n. 17 relativo al rispetto del tetto della spesa per il personale (ex art. 11, comma 1 D. L. 35/2019 convertito in Legge 60/2019) la valutazione sarà effettuata secondo le seguenti modalità:

- l'eventuale superamento del tetto della spesa per il personale tra 0 e 1% comporterà l'abbattimento del 50% del punteggio previsto;
- l'eventuale superamento del tetto della spesa per il personale tra 1,1 e 1,5% comporterà l'abbattimento del 75% del punteggio previsto;
- l'eventuale superamento del tetto della spesa per il personale superiore a 1,5% comporterà l'abbattimento del 100% del punteggio previsto.

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.

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

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**

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	OBIETTIVI ECONOMICI							
		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	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	15	
	2	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	50
	3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	
	4	2	2	2	2	2	2	5	
	5	3	3	3	3	3	3	N. A.	
ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR	6	4	4	4	4	4	N. A.	N. A.	
FARMACEUTICA	7	2	2	2	2	2	2	2	
	8	1	1	1	1	1	N. A.	N. A.	
	9	1	1	1	1	1	3,5	3	
	10	2	2	2	2	2	N. A.	N. A.	
	11-18	2	2	2	2	2	3	3	
PERSONALE	19	2	2	2	2	2	2	2	
	20-21	1	1	1	1	1	2,5	3	
	22-23	1	1	1	1	1	2	3	
	24	1	1	1	1	1	1	2	
	25-26	1	1	1	1	1	1	1	
SISTEMA TESSERA SANITARIA - RICETTA ELETTRONICA	27-30	2	2	2	2	2	3	3	
DIGITALIZZAZIONE PROCESSI	31-32-33	3	3	3	3	3	3	3	
PNRR - MISSIONE 6	34	1	1	1	1	1	2	2	
	35	1	1	1	1	1	2	2	
	36	N. A.	0,5	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	
	37	N. A.	0,5	0,5	N. A.	N. A.	1	N. A.	
	38	1	0,5	0,5	1	1	1	N. A.	
	39	1	0,5	1	1	1	1	1	
	40	1	1	1	1	1	N. A.	N. A.	
	41	1	1	1	1	1	N. A.	N. A.	
<b>TOTALE</b>		<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### PARTE II - OBIETTIVI SANITARI PUNTEGGIO TOTALE 50 PUNTI

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;
- 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;

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- 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:**
  - **da Tabella a) per i flussi mensili;**
  - **da Tabella b) per i flussi trimestrali e semestrali;**
  - **da Tabella c) per i flussi annuali.**

**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) non inviati entro i tempi previsti

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

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

Tabella c): Flussi Annuali (SIND, File R*)		
Numero Annualità non inviati	DECURTAZIONE AST	DECURTAZIONE INRCA
1° 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.
  - 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].

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**Tabella d) Decurtazione del 10% per le AST, AOU delle Marche ed INRCA per Flussi settimanali non inviati entro i tempi previsti:**

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

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

**Tabella e) Decurtazione del 7,5% per le AST, AOU delle Marche ed INRCA per Flussi Trimestrali non inviati entro i tempi previsti**

		ASUR	AOU AN	AO M. NORD	INRCA
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)	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni COVID	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni COVID	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni COVID	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni COVID

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

**Tabella f) Decurtazione del 10% per AST per mancato adempimento attivazione fase di test nuovi flussi PNRR (SICOF e SIAR)**

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

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

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**
**TABELLA 2 - RIASSUNTIVA DI TUTTI GLI INDICATORI SANITARI E RELATIVI PUNTEGGI**

AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	OBIETTIVI SANITARI							
		AST PESARO URBINO	AST ANCONA	AST MACERATA	AST FERMO	AST ASCOLI PICENO	AOU ANCONA	INRCA	DIRMT
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	4-5	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI	6	4	4	4	4	4	4	3	
	7	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	8	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	9-10	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	N.A.	
	11	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	12-14	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	15	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	16	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"	17-23	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
	24-26	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI	27-31	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	32-34	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	35-38	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	39-42	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	43-52	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"	53-55	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	56	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	57	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	58	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	59	1	1	1	1	1	3	2,5	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ALTRI INDICATORI	60-64	3	3	3	3	3	3	4	
	65-66	1	1	1	1	1	0,5	N.A.	
	67-68	1	1	1	1	1	0,5	3	
AREA ACCREDITAMENTI	69	1	1	1	1	1	1	1	
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	70	1	2	2	1	1	4	5,5	
	71	3	2	2	1	2	4	N.A.	
	72	1	1	2	3	3	4	7	
	73	4	3	2	4	2	N.A.	N.A.	
	74	N.A.	N.A.	1	N.A.	N.A.	4	N.A.	
	75	1	2	1	1	2	1	3	
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI	76-77	1	1	1	1	1	3	3	
	78-83	1	1	1	1	1	3	3	
	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	4	4	
AREA TRASFUSIONALE - Target DIRMT	98-108	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	50
AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	109	1	1	1	1	1	1	N.A.	
<b>TOTALE</b>		<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>50</b>