

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: "D. Lgs. 171/2016 e L. R. 19/2022 - Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e del DIRMT per l'anno 2026 e approvazione dei criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dagli stessi per l'anno 2026".

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Dipartimento Salute 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;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Direttore del Dipartimento Salute e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del Direttore del Dipartimento Salute;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

- 1) di definire ed assegnare gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2026 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quale direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della Legge regionale 19/2022, come risultanti nell'Allegato A;
- 2) di approvare conseguentemente i criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026, come risultanti nell'Allegato B;
- 3) di stabilire che, per l'attuazione degli obiettivi di cui al punto 1), gli Enti del SSR dovranno fare riferimento al bilancio preventivo economico 2026 di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1928 del 30/12/2025;
- 4) di stabilire:
 - che le Direzioni Generali attribuiscono gli obiettivi di cui trattasi anche alle direzioni di unità organizzative dell'Ente, ciascuno per gli ambiti e le materie di rispettiva competenza e responsabilità, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse economiche assegnate;
 - che gli Enti pianifichino verifiche periodiche documentate, almeno trimestrali, di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

andamento del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati, ciò anche al fine di individuare eventuali azioni correttive che possano mitigare o eliminare scostamenti rispetto ai target definiti nell'Allegato A.

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. 1928 del 30/12/2025 “L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del Servizio Sanitario Regionale alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028”.
- Deliberazione di Giunta regionale n. 43 del 26.01.2026 “Art. 20 comma 2 lett. e) L.R. n. 19/2022 - Direttiva vincolante per gli Enti del SSR - Determinazione provvisoria del tetto di spesa del personale per l'annualità 2025 e 2026 ai sensi dell'art. 5 comma 2 dl 73/2024 dell'art.1 comma 362 della L.199/2025”;

Motivazione ed esito dell'istruttoria

L'art. 2 del D. Lgs. 171/2016 recante “Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale” al comma 3 stabilisce: *“al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:*

- a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;*
- b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste di attesa e la puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'appropriatezza prescrittiva;*
- c) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale;*
- d) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente”.*

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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

Gli obiettivi sanitari ed economici vengono definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base della programmazione regionale di cui al PSSR 2023/2025. Tutti gli Enti del SSR sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA e degli adempimenti monitorati dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e Finanze, sia per la parte sanitaria che per la parte economica, nonché per le attività previste dal PNRR Missione 6 – Salute e per gli obiettivi legati all'abbattimento delle liste d'attesa. Coerentemente a queste indicazioni, con la DGR n. 1928 del 30/12/2025 si è provveduto ad autorizzare gli Enti del SSR alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2026. Infine, si evidenzia che gli obiettivi sono declinati in coerenza con quanto previsto nei contratti individuali sottoscritti dai singoli Direttori Generali.

Il rispetto degli adempimenti, a tutti i livelli istituzionali, costituisce d'altronde un obiettivo fondamentale sia della Regione verso il livello centrale nazionale, sia degli Enti del SSR verso la Regione. Si evidenzia che il mancato rispetto degli adempimenti verso il livello centrale nazionale comporterebbe, la riduzione o, addirittura, la mancata attribuzione della quota premiale regionale prevista nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario regionale.

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

In particolare, gli obiettivi sanitari fanno riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - di cui al D.M. 12.03.2019 - che si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro-livelli di assistenza - Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera - a loro volta suddivisi tra “Indicatori Core” e “Altri indicatori”. Analoghi obiettivi e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

indicatori potranno poi essere declinati da ciascun Ente nel processo di valutazione interna, in quanto considerati sensori indispensabili nella misurazione della buona qualità assistenziale.

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

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

Con riferimento ai criteri di valutazione, a decorrere dall'annualità 2026 è stato definito un nuovo sistema di calcolo dei punteggi, come meglio specificato nell'Allegato B alla presente deliberazione. In particolare, salvo che l'indicatore non preveda una specifica metodologia di calcolo del punteggio:

- rispetto agli obiettivi economici ed agli obiettivi sanitari "ALTRI INDICATORI", sia singoli che costituiti in gruppi, una percentuale di raggiungimento inferiore all'80% preclude l'assegnazione del punteggio collegato all'indicatore; una percentuale di raggiungimento compresa tra l'80% e il 95% comporta l'assegnazione di una pari percentuale di punteggio; una percentuale di raggiungimento superiore al 95% determina l'assegnazione del 100% del valore del punteggio collegato all'indicatore in oggetto;
- rispetto agli obiettivi sanitari "NSG CORE", sia singoli che costituiti in gruppi, una percentuale di raggiungimento del target inferiore al 100% preclude l'assegnazione del punteggio collegato all'indicatore in oggetto.

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

Infine, gli Obiettivi 2026 sono stati oggetto di presentazione, confronto, negoziazione e condivisione con i Direttori generali negli incontri del Comitato di Coordinamento degli Enti del SSR dell'11/02/2026 e del 17/02/2026. All'esito di tali incontri, si rende necessario fornire le seguenti indicazioni:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- che le Direzioni Generali attribuiscono gli obiettivi di che trattasi anche alle direzioni di unità organizzative dell'Ente, ciascuno per gli ambiti e le materie di rispettiva competenza e responsabilità, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse economiche assegnate;
- che gli Enti pianifichino verifiche periodiche documentate, almeno trimestrali, di andamento del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati, ciò anche al fine di individuare eventuali azioni correttive che possano mitigare o eliminare scostamenti rispetto ai target definiti nell'Allegato A.

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

- 1) di definire ed assegnare gli obiettivi economici e sanitari per l'anno 2026 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quale direttiva vincolante, ai sensi dell'art. 20, comma 2 della Legge regionale 19/2022, così come risultanti nell'Allegato A;
- 2) di approvare i criteri relativi alla procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026, come risultanti nell'Allegato B;
- 3) di stabilire che, per l'attuazione degli obiettivi di cui al punto 1), gli Enti del SSR dovranno fare riferimento al bilancio preventivo economico 2026 di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 1928 del 30/12/2025;
- 4) di stabilire:
 - che le Direzioni Generali attribuiscono gli obiettivi di che trattasi anche alle direzioni di unità organizzative dell'Ente, ciascuno per gli ambiti e le materie di rispettiva competenza e responsabilità, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse economiche assegnate;
 - che gli Enti pianifichino verifiche periodiche documentate, almeno trimestrali, di andamento del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati, ciò anche al fine di individuare eventuali azioni correttive che possano mitigare o eliminare scostamenti rispetto ai target definiti nell'Allegato A.

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

(Elisabetta Torcoletti)

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, 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

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



OBIETTIVI DEGLI ENTI DEL SSR - ANNO 2026
OBIETTIVI ECONOMICI

OBIETTIVI ECONOMICI										
PRE-REQUISITI										
Prog.	PRE_REQUISITI			TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
	P.1 - Equilibrio di bilancio				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
	P.3 - Tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti			≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0
	P.4 - Convenzionamenti	Efficienza dell'attività di convenzionamento	N° Erogatori regionali accreditati secondo i manuali vigenti che hanno generato costi per acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nell'esercizio 2026, convenzionati per l'esercizio 2026 entro il 30/06/2026	N° Erogatori regionali accreditati secondo i manuali vigenti che hanno generato costi per acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nell'esercizio 2026	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI												
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
1	Rispetto del budget dei costi - I Trimestre 2026 (Art. 6 Intesa Stato Regioni 23/03/2005)	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 Report del I Trimestre 2026, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028."	(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 Report del I Trimestre 2026) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028.") [Funzione di valorizzazione: [+10% = 0%; ≤ 0 = 100%]		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	N. A.
2	Rispetto del budget dei costi - II Trimestre 2026 (Art. 6 Intesa Stato Regioni 23/03/2005)	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 Report del II Trimestre 2026, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028."	(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 Report del II Trimestre 2026) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028.") [Funzione di valorizzazione: [+10% = 0%; ≤ 0 = 100%]		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	N. A.

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI												
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
3	Rispetto del budget dei costi - III Trimestre 2026	Valore economico del totale dei costi, al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Report del III Trimestre 2026, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028."	(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 Report del III Trimestre 2026) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028." [Funzione di valorizzazione: [+10% = 0%; ≤ 0 = 100%]		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	N. A.
4	Rispetto del budget dei costi - IV Trimestre 2026 (Art. 6 Intesa Stato Regioni 23/03/2005)	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 Report del IV Trimestre 2026, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie per il medesimo Trimestre di riferimento, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028."	(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 Report del IV Trimestre 2026) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028." [Funzione di valorizzazione: [+10% = 0%; ≤ 0 = 100%]		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	N. A.

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI												
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOM	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
5	Rispetto del budget dei costi - Anno 2026 (Art. 6 Intesa Stato Regioni 23/03/2005)	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 2026, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028."	(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 2026) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con la DGR 1928/2025 e s.m.i. "L.R. n. 19 del 08/08/2022 - Autorizzazione agli Enti del SSR alla redazione del Bilancio Preventivo Economico 2026 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2026-2028."		≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	≤ 0	N. A.
6	Rispetto del budget dei costi: DIRMT	Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2026 rispetto alle risorse assegnate nell'ambito del Bilancio di previsione 2026 dell'AOU delle Marche	Valore economico del totale dei costi rendicontati nell'anno 2026 - Valore economico del totale dei costi rendicontati nel bilancio di previsione 2026 dell'AOU delle Marche		N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	≤ 0
7	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2026 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2026	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	< 2,5%(Al netto di fatture su cui insiste un contezioso soggette a monitoraggio nella PCC)	N. A.
8	Chiusura note di credito da ricevere (nc) relative a fatture antecedenti l'anno in corso	Valore al 31/12/2026 di nc di fatture anni antecedenti il 2026 rispetto al valore al 31/12/2025 di nc di fatture	(Valore al 31/12/2026 di nc di fatture anni antecedenti il 2026)	(Valore al 31/12/2025 di nc di fatture)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	≤ 5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contenzioso)	N. A.
9	Adeguamento e aderenza delle procedure previste dai PAC all'attuale assetto istituzionale	Produzione di almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Trasmissione di relazione attestante almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo		Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	Almeno 1 audit interno positivo sulle procedure di ogni area prevista dai PAC, documentata dal Direttore Amministrativo	N. A.

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI												
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
10	Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012, modificato dall'art. 1, c. 233, L. 213/2023, dall'art. 1, c. 277 e 278, L. 207/2024 e dall'art. 1, c. 400, L. 199/2025	Variatione percentuale annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali Ai fini raggiungimento dell'obiettivo, dagli atti degli Enti del SSR possono essere escluse le singole strutture e le prestazioni: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022, 2023, 2024 e 2026; - rientranti nella DGR 1183/2020, eccetto le attività di prelievo domiciliare (di cui alla DGR 184/2017) disposte nel capitolo "Integrazione Pubblico-Privato" dell'allegato A alla predetta DGR; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2026 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2011 + 6%;	(((Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2025) - (Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024)) / (Totale costi** per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024)) * 100 ** Dal calcolo dell'indicatore non vengono considerate le strutture extraregionali.		≤ -1%	≤ -1%	≤ -1%	≤ -1%	≤ -1%	≤ 2025	N. A.	N. A.
11	Efficienza nei costi per servizi non sanitari in relazione alla produzione erogata	Variatione percentuale annuale [Costi Lavanderia (BA1580), Pulizia (BA1590), Mensa degenti (BA1602), Riscaldamento (BA1610), Ser. ass. informatica (BA1620), Trasporti non sanitari (BA1630), Smaltimento rifiuti (BA1640), Altri servizi non sanitari (BA1710 *) Bil. Es. / Valore della produzione pubblica ospedaliera e specialistica ambulatoriale] <i>* Esclusi costi per servizi di vigilanza</i> Criteri di assegnazione del punteggio: L'accesso alla valutazione del presente indicatore e l'attribuzione del relativo punteggio sono subordinati ad uno scostamento percentuale ≤ 2% del conto Riscaldamento (BA1610) rispetto al 2025.	[Costi Lavanderia (BA1580), Pulizia (BA1590), Mensa degenti (BA1602), Riscaldamento (BA1610), Ser. ass. informatica (BA1620), Trasporti non sanitari (BA1630), Smaltimento rifiuti (BA1640), Altri servizi non sanitari (BA1710 *) Bil. Es. 2026 / Valore della produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale 2026] - [Costi Lavanderia (BA1580), Pulizia (BA1590), Mensa degenti (BA1602), Riscaldamento (BA1610), Ser. ass. informatica (BA1620), Trasporti non sanitari (BA1630), Smaltimento rifiuti (BA1640), Altri servizi non sanitari (BA1710 *) Bil. Es. 2025 / Valore della produzione pubblica ospedaliera e specialistica ambulatoriale 2025]	[Costi Lavanderia (BA1580), Pulizia (BA1590), Mensa degenti (BA1602), Riscaldamento (BA1610), Ser. ass. informatica (BA1620), Trasporti non sanitari (BA1630), Smaltimento rifiuti (BA1640), Altri servizi non sanitari (BA1710 *) Bil. Es. 2025 / Valore della produzione pubblica ospedaliera e specialistica ambulatoriale 2025]	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	N. A.

GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI												
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA	TARGET DIRMT
12	Efficienza nei costi per utenze in relazione alla produzione erogata	Variazione percentuale annuale [Costi Utenze telefoniche (BA1650), Utenze elettricità (BA1660), Altre utenze (BA1670) Bil. Es. / Valore della produzione pubblica ospedaliera e specialistica ambulatoriale "corretta"] Criteri di assegnazione del punteggio: L'accesso alla valutazione del presente indicatore e l'attribuzione del relativo punteggio sono subordinati ad uno scostamento percentuale ≤ 2% del conto Utenze telefoniche (BA1650) e del conto Utenze elettricità (BA1660) rispetto al 2025.	[Costi Utenze telefoniche (BA1650), Utenze elettricità (BA1660), Altre utenze (BA1670) Bil. Es. 2026 / Valore medio della produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale biennio 2025-2026] - [Costi Utenze telefoniche (BA1650), Utenze elettricità (BA1660), Altre utenze (BA1670) Bil. Es. 2025 / Valore della produzione pubblica ospedaliera e specialistica ambulatoriale 2025]	[Costi Utenze telefoniche (BA1650), Utenze elettricità (BA1660), Altre utenze (BA1670) Bil. Es. 2025 / Valore della produzione pubblica ospedaliera e specialistica ambulatoriale 2025]	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	≤ -2%	N. A.
13	Miglioramento della tempestività e qualità nella lavorazione delle "fatture a credito" della piattaforma NSMI_EESSI del Sistema NSIS	% valore "fatture a credito" contestate dallo Stato Estero e controdedotte prima della scadenza (entro 90 giorni)	Valore "fatture a credito" contestate nell'anno dallo Stato Estero e controdedotte prima della scadenza (entro 90 giorni)	Valore "fatture a credito" contestate nell'anno dallo Stato Estero	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.	N. A.
14		% valore "fatture a credito" inviate al Ministero della Salute entro 6 mesi dal ricevimento / emissione	Trasmissione di relazione, reportistica e della corrispondente documentazione relative alla % del valore delle "fatture a credito" inviate al Ministero della Salute entro 6 mesi dal ricevimento / emissione.		≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	N. A.	N. A.	N. A.
15		% valore "fatture a credito" inviate all'AST di Ancona entro 60 giorni dall'emissione	Trasmissione di relazione, reportistica e della corrispondente documentazione relative alla % del valore delle "fatture a credito" inviate all'AST di Ancona entro 60 giorni dall'emissione		N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	≥ 90%	N. A.	N. A.

FARMACEUTICA											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
16	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2025, al netto della spesa per i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F e per Farmaci Innovativi; Database AIFA).	(Spesa 2026-2025)*100	Spesa 2025	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%
17	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Variazione incrementale massima della spesa farmaceutica convenzionata per ciascuna AST al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2025, comprensiva della remunerazione aggiuntiva (D. M. 30.03.2023) calcolata sulla base dei dati rilevati dalle Distinte Contabili Riepilogative mensili (DCR) del 2025. Ai fini del calcolo saranno escluse le prescrizioni dei medicinali indicati nella Determina AIFA n°930/2025 con oggetto: "Rinegoiazione di medicinali, ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, ai fini del transito dal regime di classificazione A/PHT ad A. (GU Serie Generale n.153 del 04.07.2025). Saranno comunque esclusi dal calcolo anche eventuali ulteriori medicinali transitati, in corso d'anno, dalla modalità distributiva "in nome e per conto (DPC)" alla modalità distributiva "in convenzionata".	(Spesa 2026-2025)*100	Spesa 2025	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	N. A.	N. A.
18	Centralizzazione Magazzini	Centralizzazione Magazzini: Studio di fattibilità - Progettazione - Realizzazione - Monitoraggio attività AST PU: monitoraggio e implementazione attività AST AN - AOU - INRCA: indizione gara entro il 31/07/2026 AST MC - AST FM - AST AP: Studio di fattibilità entro il 31/05/2026	Realizzazione delle attività indicate per singolo Ente		1	1	1	1	1	1	1
19	Consumo antibiotici in ambito territoriale	Riduzione di almeno il 10% del consumo (DDD/1000 ab die) di antibiotici sistemici (ATC J01) in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata) nel 2026 rispetto al 2025.	(DDD 1000 ab die 2026-2025)*100	DDD 1000 ab die 2025	Almeno - 10%	Almeno - 10%	Almeno - 10%	Almeno - 10%	Almeno - 10%	N. A.	N. A.
20	Consumo antibiotici in ambito ospedaliero	Riduzione di almeno il 2% del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero nel 2026 rispetto al 2025.	(DDD 100 gg 2026-2025)*100	DDD 100 gg 2025	Almeno - 2%	Almeno - 2%	Almeno - 2%	Almeno - 2%	Almeno - 2%	Almeno - 2%	Almeno - 2%
21	Report di Monitoraggio del consumo di antibiotici	Produzione di n. 2 report semestrali da parte del Controllo di Gestione secondo il modello regionale	Trasmissione n. 2 report		1	1	1	1	1	1	1
22	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		35 ispezioni	39 ispezioni	27 ispezioni	19 ispezioni	19 ispezioni	N. A.	N. A.
23	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione della spesa per dispositivi medici di almeno il 2% rispetto alla spesa del 2025 (voci CE BA0220, BA0230 e BA0240)	(Spesa 2026-2025)*100	Spesa 2025	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%

FARMACEUTICA											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
24	Attivazione del conto deposito per i dispositivi medici	Attivazione dei conti deposito dei seguenti dispositivi medici: - suture chirurgiche (CND H01); - suturatrici meccaniche (CND H02); - reti (CND P9002); - clips per emostasi e applicatori di clips (CND H03); - protesi ortopediche e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineologamentosa (CND P09).	% conti deposito attivati		anno 2026 10% ≥ anno 2025	anno 2026 10% ≥ anno 2025	anno 2026 10% ≥ anno 2025	anno 2026 10% ≥ anno 2025	anno 2026 10% ≥ anno 2025	anno 2026 10% ≥ anno 2025	anno 2026 10% ≥ anno 2025
25	Rispetto del livello ottimale delle scorte farmaci (indice di rotazione)	Indice di rotazione compreso tra: - Categoria A - alto costo (costo confezione >500 €) --> da 8 a 12; - Categoria B - costo medio (costo confezione 100 € -500 €)--> da 4 a 8; - Categoria C - basso costo (costo confezione <100 €) --> da 2 a 4. (Fonte gestionale aziendale Areas)	Rispetto degli indici di rotazione, calcolati sulla media annuale		≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
26	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 del ricevimento della segnalazione e la data di inserimento nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza non deve superare i 7 giorni. 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)	(n° segnalazioni On-time)*100	n° segnalazioni totali	1	1	1	1	1	1	1
27	N°. Segnalazioni di Farmacovigilanza	Segnalazioni ADR per farmaci e vaccini. Per le AST: 1) segnalazioni per milione di abitanti (farmaci e vaccini) ≥ 300; 2) segnalazioni per milione di abitanti VACCINI ≥ 10% delle 300 segnalazioni per milione di abitanti; Per le AOUM e INRCA: segnalazioni ADR per farmaci e vaccini ≥ 0,005 dei ricoveri	n° segnalazioni	1.000.000 ab (per AST) n. ricoveri (per AOUM e INRCA)	≥ 300	≥ 300	≥ 300	≥ 300	≥ 300	≥ 0,005	≥ 0,005
28	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi per dispositivi medici	L'intervallo tra la data di inserimento della segnalazione di incidente nella rete di dispositivo vigilanza e la data di validazione deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.	(n° segnalazioni On-time)*100	n° segnalazioni totali	1	1	1	1	1	1	1
29	Spesa relativa all'assistenza protesica	Variazione incrementale della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica (voce CE BA0750) al massimo del 4% rispetto alla spesa del 2025.	(Spesa 2026-2025)*100	Spesa 2025	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	N. A.	N. A.
30	Registrazione interventi nel Registro protesi mammarie	Copertura percentuale Registro protesi mammarie sul totale degli interventi registrati nelle SDO pari almeno all'80% (Codici intervento monolaterale: 8533, 8553; Codici intervento bilaterale: 8535, 8554). (Fonte SDO, Registro protesi mammarie).	Numero di interventi di impianto ed espianto di protesi mammarie caricati nel Registro *100	Numerodi interventi di impianto ed espianto tracciati nelle SDO	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	N. A.	≥ 80%	≥ 80%	N. A.

PERSONALE											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUN	TARGET INRCA
31	Governo risorse umane	Realizzazione dell'obiettivo occupazionale Criteri di assegnazione del punteggio: Il target di ciascun Ente è suddiviso in fasce. Il punteggio è attribuito in funzione della fascia di risultato raggiunta: • Raggiungimento fascia 1: 0% del punteggio; • Raggiungimento fascia 2: 50% del punteggio; • Raggiungimento fascia 3: 75% del punteggio; • Raggiungimento fascia 4: 100% del punteggio.	personale di ruolo sanitario e socio sanitario in servizio al 31/12/2026 registrato a consuntivo	personale di ruolo sanitario e socio sanitario in servizio al 31/12/2026 previsto nel Piano triennale di fabbisogno del personale	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese	-fascia 1: <70% -fascia 2: tra 71% e 80% -fascia 3: tra 81% e 95% -fascia 4: >96% L'Ente dovrà presentare una relazione dalla quale emergano i dati e siano motivati eventuali scostamenti, anche in ordine all'effettiva impossibilità di reclutamento di certe figure professionali e delle misure alternative intraprese
32		Monitoraggio della spesa del personale. Criteri di assegnazione del punteggio: L'accesso alla valutazione del presente indicatore e l'attribuzione del relativo punteggio sono subordinati al raggiungimento almeno della "fascia 2" dell'obiettivo n. 31 "Realizzazione dell'obiettivo occupazionale".	monitoraggio della spesa del personale. Invio report con una unica comunicazione pec delle schede richieste entro il 25 del mese successivo a quello di riferimento		report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati	report mensili adempimento ag) e servizi esternalizzati
33		Monitoraggio dell'andamento occupazionale. Criteri di assegnazione del punteggio: L'accesso alla valutazione del presente indicatore e l'attribuzione del relativo punteggio sono subordinati al raggiungimento almeno della "fascia 2" dell'obiettivo n. 31 "Realizzazione dell'obiettivo occupazionale".	monitoraggio trimestrale dell'andamento occupazionale tramite aggiornamento del prospetto del Piano di Fabbisogno annuale		monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento

PERSONALE											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
34	Riduzione spesa del personale flessibile	Riduzione spesa del personale flessibile	riduzione di almeno il 15% del valore della spesa per il lavoro flessibile ruolo non sanitario e non socio sanitario anno 2026 rispetto all'anno 2024. il dato dell'anno 2024 è quello già certificato in sede di parifica del Bilancio Regionale. Il dato 2026 verrà evidenziato in base ai dati del Bilancio di esercizio e certificazione dell'azienda		relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto target
35	Monitoraggio della spesa del personale convenzionato	Monitoraggio della spesa del personale convenzionato	Monitoraggio trimestrale con spesa di periodo e previsione a chiudere: - MMG (fondo fattori produttivi, fondo governo clinico, residui definiti negli accordi fondi vigenti, attività oraria) - PLS (fondo qualità assistenza, fondo bilancio salute, residui definiti negli accordi fondi vigenti). la classificazione della spesa potrà altresì essere rivista alla luce dei nuovi ACN e AIR		monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	monitoraggio trimestrale da trasmettere entro il 25 del mese successivo al trimestre di riferimento	N. A.	N. A.
36	Formazione e omogeneizzazione dei comportamenti	Miglioramento dell'efficacia delle iniziative formative tramite lo sviluppo di analisi degli esiti della formazione	Realizzazione e implementazione per almeno 5 iniziative formative della valutazione di indicatori di esito della formazione stessa		relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target con dettaglio degli interventi formativi realizzati, n.formati, n.edizioni, metodologia di valutazione ed esiti rilevati
37	Formazione e omogeneizzazione dei comportamenti	Attivazione del nuovo profilo dell'assistente infermiere	Completamento delle attività previste dal PIANO STRATEGICO PER L'INTRODUZIONE DELL'ASSISTENTE INFERMIERE NEI SETTING DI CURA PUBBLICI E PRIVATI (25/170/CR5ter/C1-C7) secondo le indicazioni regionali		relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target	relazione dell'ente da cui emerge il rispetto del 100% del target

PERSONALE											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
38	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	organizzazione di almeno un intervento di comunicazione verso i dipendenti e un intervento verso i medici convenzionati in merito al FSE. Realizzazione entro 30/06/2026	organizzazione di interventi di comunicazione verso i dipendenti e verso medici convenzionati (solo AST) in merito al FSE. Realizzazione entro 30/06/2026		n.2 interventi realizzati (1 med.conv + 1 dipendenti) entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio	n.2 interventi realizzati (1 med.conv + 1 dipendenti) entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio	n.2 interventi realizzati (1 med.conv + 1 dipendenti) entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio	n.2 interventi realizzati (1 med.conv + 1 dipendenti) entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio	n.2 interventi realizzati (1 med.conv + 1 dipendenti) entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio	n.1 intervento realizzato entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio	n.1 intervento realizzato entro 30/06/2026 da rendicontare in relazione di dettaglio
39		Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione FSE Decreto 32 del 16 luglio 2025 entro 30/06/2026	Completamento del Piano Operativo "Formazione FSE" Decreto 32 del 16 luglio 2025 1. Referti di Laboratorio 2. Referti di Radiologia 3. Lettera di Dimissione Ospedaliera 4. Verbale di Pronto Soccorso 5. Cert. Vaccinale e Scheda Singola Vaccinazione 6. Referto di Specialistica Ambulatoriale 7. Profilo Sanitario Sintetico (solo AST)		100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)	100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)	100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)	100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)	100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)	100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)	100% interventi realizzati entro le scadenze previste (interventi formativi realizzati da rendicontare in relazione del DG indicante n.formati e n.edizioni)

RICETTA ELETTRONICA - PAGAMENTO TICKET											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
40	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti)	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale PRESCRIZIONE	N. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale erogate (risultante da Sistema TS)	Numero ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 85% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 85% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 85% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 85% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 85% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 85%	≥ 85%
41		% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 93% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 93% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 93% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 93% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 93% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 93%	≥ 93%
42		% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 95% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 95% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 95% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 95% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 95% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)	≥ 80%	≥ 80%
43		% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale PRESCRIZIONE	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale (da File C)	n. ricette dematerializzate prese dall'integrazione con il SAR/SAC	≥ 93%	≥ 93%	≥ 93%	≥ 93%	≥ 93%	≥ 93%	≥ 93%
44		Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) EROGAZIONE	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)	n. Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale	< 8%	< 8%	< 8%	< 8%	< 8%	< 8%	< 8%

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
45	Estendere le cartelle cliniche elettroniche di Cardiologia, Terapia Intensiva, Oncologia Nefrologia e Trasfusionale e il sistema informativo ospedaliero (SIO) a tutti i presidi sede di DEA di I e II livello, assicurando la completa dematerializzazione dei principali processi clinico-assistenziali e di laboratorio.	Avvio in tutte le sedi dell'Ente della nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e delle cartelle cliniche elettroniche verticali di Cardiologia, Terapia Intensiva, Oncologia Nefrologia e Trasfusionale	Fine dispiegamento al 31/05/2026		SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	N/A
46	Assicurare la regolare alimentazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute attraverso il tempestivo inserimento e aggiornamento degli acquisti e della messa fuori uso delle grandi apparecchiature	% delle grandi apparecchiature aggiornate	N° grandi apparecchiature aggiornate + N grandi apparecchiature messe fuori uso	N grandi apparecchiature inventariate dall'Ente incluse le grandi apparecchiature messe fuori uso	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
47	Assicurare l'armonizzazione a livello regionale della governance relativa alla protezione dei dati e resilienza digitale con particolare riferimento alla normativa vigente: - Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR); - Direttiva NIS2 e D.Lgs. 138/2024; - Legge 90/2024; - Regolamento ACN; - AI Act e D.Lgs. 132/2025	Produzione di documenti ritenuti essenziali per garantire un livello minimo e uniforme di governance della sicurezza, assicurare accountability e tracciabilità delle decisioni supportare audit, verifiche ACN e controlli ispettivi e abilitare un percorso graduale di maturità del Sistema di Gestione della Sicurezza Informatica (SGSI) Per tali documenti viene messa a disposizione delle Aziende una "bozza operativa", che costituisce un riferimento metodologico e contenutistico nonché una base di partenza per lo sviluppo della documentazione aziendale ufficiale come strumento di armonizzazione a livello regionale, lasciando autonomia organizzativa e adattamento al contesto specifico.	Produzione e approvazione da parte della direzione strategica aziendale di un documento aderente alla struttura del "Framework per la sicurezza e la conformità della sanità digitale" messo a disposizione dall'ARS		SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

PNRR - MISSIONE 6											
	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
48	Completamento delle azioni necessarie al raggiungimento degli Obiettivi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte delle Strutture Sanitarie	Percentuale di documenti CDA2 e firmati in PAdES inviati rispetto al numero totale di documenti indicizzati. Sono compresi i documenti di tipo: lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, referto di laboratorio, referto di radiologia, referto di specialistica ambulatoriale, referto di anatomia patologica	Somma del numero di documenti di tipo lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, referto di laboratorio, referto di radiologia, referto di specialistica ambulatoriale e referto di anatomia patologica prodotti in regime SSN ed extra-SSN per i quali è inviata una transazione comunicata metadati a INI con esito positivo, da applicativi convalidati secondo la fase 1 del processo di accreditamento, in formato pdf con CDA2 iniettato e firmato PAdES. Gli eventi di aggiornamento non vengono conteggiati.	Somma del numero di documenti di tipo lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso, referto di laboratorio, referto di radiologia, referto di specialistica ambulatoriale e referto di anatomia patologica prodotti in regime SSN ed extra-SSN per i quali è inviata una transazione di comunicazione metadati a INI con esito positivo, da tutti gli applicativi, in qualunque formato, firmato e non. Gli eventi di aggiornamento non vengono conteggiati.	90% entro giugno 2026	90% entro giugno 2026	90% entro giugno 2026	90% entro giugno 2026	90% entro giugno 2026	90% entro giugno 2026	90% entro giugno 2026
49	Caricamento di tutta la documentazione utile alla rendicontazione delle spese effettuate nella piattaforma ReGIS per le Case della Comunità e per gli Ospedali di Comunità	Completamento del caricamento all'interno della piattaforma ReGIS di tutta la documentazione necessaria alla rendicontazione delle spese sostenute per la realizzazione delle Case della Comunità e per gli Ospedali di Comunità	Avvenuto caricamento di tutta la documentazione necessaria su ReGIS (SI / NO)		SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	N/A	NA
50	Conclusione dei lavori entro maggio 2026 per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Numero di fine lavori cantieri effettuate (tot. 28 Case della Comunità) entro maggio 2026	Numero fine lavori entro maggio 2026 (cronoprogramma)		3	9	7	4	5	NA	NA
51	Conclusione dei lavori entro maggio 2026 per gli interventi della Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Numero di fine lavori cantieri effettuate (tot. 8 Ospedali di Comunità) entro maggio 2026	Numero fine lavori entro maggio 2026 (cronoprogramma)		1	3	2	NA	2	NA	NA
52	Impiego del 100% del finanziamento al T2 2026 - Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)	Impiego del 100% delle risorse che finanziano gli interventi in coerenza con i cronoprogrammi che prevedano la conclusione delle opere entro il T1 2026 e il loro collaudo entro il T2 2026	Rispetto del termine T2 2025 T1 2026 (cronoprogrammi) T2 2026 (cronoprogrammi)		SI	SI	SI	SI	SI	SI	NA
53	Completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste dal POR da parte dei soggetti delegati della Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Numero di apparecchiature entrate in funzione (tot. 2 apparecchiature)	Numero di apparecchiature entrate T2 2026		N/A	N/A	NA	1	NA	1	NA

OBIETTIVI SANITARI

OBIETTIVI SANITARI												
PRE-REQUISITI												
	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
	PRE-REQUISITI - Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	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 85/115%)	Totale Utenti Flusso FAR	Totale utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-15%		Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-15%
			Flusso FAR: presenza a flusso del privato convenzionato	Totale strutture private convenzionate presenti nel flusso FAR con attività	Totale strutture private convenzionate presenti nel modello STS11 con setting "Assistenza Anziani"	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range +-15%		Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range +-15%
			Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 85/115%)	Nuovi Ammessi Flusso FAR	Nuovi Ammessi modello STS24	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-15%	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-15%		Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-15%
			Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre		

OBIETTIVI SANITARI												
PRE-REQUISITI												
	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
	PRE-REQUISITI - Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativo con i Modelli Ministeriali	SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target $\geq 85\%$	Totale Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$		
			Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	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	Alimentazione completa con dati Annuali	Alimentazione completa con dati Annuali	Alimentazione completa con dati Annuali		
			Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off $\geq 90\%$)	Totale utenti SIND anno 2025	Totale utenti SIND anno 2024	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$		
			Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	Alimentazione completa con dati Annuali	Alimentazione completa con dati Annuali	Alimentazione completa con dati Annuali	Alimentazione completa con dati Annuali		
			Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre		
			Flusso SISM: presenza a flusso del privato convenzionato	Totale strutture private convenzionate presenti nel flusso SISM con attività	Totale strutture private convenzionate presenti nel modello STS11 con setting "Assistenza Psichiatrica"	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$	Rapporto flusso SISM e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Psichiatrica" deve essere compreso in un range $\pm 20\%$		
			Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili

OBIETTIVI SANITARI												
PRE-REQUISITI												
	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
	PRE-REQUISITI - Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativo con i Modelli Ministeriali	Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati] - parametro $\geq 90\%$	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso SDO	totale record inviati flusso SDO	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$
			Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	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 $\geq 90\%$	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso EMUR PS + EMUR 118	totale record inviati flusso EMUR PS + EMUR 118	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$	$\geq 90\%$
			Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili
			Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	Alimentazione completa con dati mensili	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 $\geq 85\%$	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso File C	totale record inviati flusso File C	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$	$\geq 85\%$
		Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - linea M6C211.3.2 PNRR -	Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre		
			Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione (SIAR)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre		
			Flusso Informativo sanitario Cure Primarie (SIAP)			Avvio percorso nuovo Flusso (inizio invio test)	Avvio percorso nuovo Flusso (inizio invio test)	Avvio percorso nuovo Flusso (inizio invio test)	Avvio percorso nuovo Flusso (inizio invio test)	Avvio percorso nuovo Flusso (inizio invio test)		
			Flusso Informativo sanitario Ospedali di Comunità (SIOC)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre	Alimentazione completa con dati per Trimestre		

OBIETTIVI SANITARI												
PRE-REQUISITI												
	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
	PRE-REQUISITI - Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	1) Invio settimanale dati posti letto e ricoveri				Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid- 19	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid- 19	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid- 19	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid- 19	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid- 19	Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid- 19
		InvioTrimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"

	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
1	Incrementare l'attività di prevenzione	Modello LA	Totale costo della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" 2026 > costo 2025			incremento del 10% rispetto al 2025	incremento del 10% rispetto al 2025	incremento del 10% rispetto al 2025	incremento del 10% rispetto al 2025	incremento del 10% rispetto al 2025	N. A.	N. A.
2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: $\geq 93\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 94\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 93\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 94\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 93\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 94\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 93\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 94\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 93\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 94\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.
3	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	n. di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	n. di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: $\geq 92\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 93\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 92\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 93\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 92\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 93\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 92\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 93\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: $\geq 92\%$ (= assegnazione 50% del punteggio) ; $\geq 93\%$ (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale $\geq 95\%$ (= assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"

	OBIETTIVI	Fonte	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
4	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, 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 2026 il test di screening per carcinoma mammella	Polazione target 2026: (Invitati- inesitati-esclusi dopo invito)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.
5			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2026 il test di screening per cervice uterina	Polazione target 2026: (Invitati- inesitati-esclusi dopo invito)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.
6			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2026 il test di screening per tumore colon retto	Polazione target 2026: (Invitati- inesitati-esclusi dopo invito)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo minimo: mantenimento /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	N. A.	N. A.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI

	OBIETTIVI	Fonte	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
7	PanFlu	Relazione Enti sulle riunioni dei Comitati Pandemici con evidenza di implementazione delle azioni previste in fase inter pandemica	N. riunioni Comitati Pandemici	N. riunioni dei Comitati Pandemici con relativi verbali		Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni
8	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF [ISS], ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	n. di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione ≥ 65 anni residente	Obiettivo minimo ≥ 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale ≥ 75% (=assegnazione 100% del punteggio)	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)	N. A.	N. A.
9	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL, dati AASSTT (SPSAL)	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	n. Aziende controllate e /o assistite	n. aziende con almeno 1 dipendente	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	N. A.	N. A.
10	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	n. imprese controllate	n. imprese programmate	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	N. A.	N. A.
11	Copertura vaccinale	SIAMA	Copertura vaccinale negli adolescenti di quindici anni per ciclo di base (2 dosi) con vaccino contro HPV	numero di ragazze e ragazzi nel corso del quindicesimo anno di vita (2011) vaccinate con cicli completi (2 dosi) per HPV	numero di ragazze e ragazzi della rispettiva coorte di nascita (2011)	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	N. A.	N. A.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"

	OBIETTIVI	Fonte	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
12	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (Codice NSG P10Z)	% stabilimenti ovi- caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti ovi- caprini controllati I&R	n. totale stabilimenti ovi- caprini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	N. A.	N. A.
13			% stabilimenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	n. stabilimenti suini controllati I&R	n. totale stabilimenti suini da controllare	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	N. A.	N. A.
14			% stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti bovini controllati I&R	n. totale stabilimenti bovini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	N. A.	N. A.
15			% stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti equini controllati I&R	n. totale stabilimenti equini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2025	N. A.	N. A.
16			% 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 31/12/2025	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2025	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2025	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2025	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2025	N. A.	N. A.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"

	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
17	FARMACO SORVEGLIANZA Controlli e ispezioni art. 41 D.Lgs 218/2023 Piano nazionale di farmacosorveglianza 2024-2026. Nota DGSAF n.12406 del 09/04/2024	DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili	n. totale degli operatori controllati	n. totale degli operatori controllabili	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	N. A.	N. A.
18	Piano Nazionale Alimentazione animale	DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	n. campionamenti e analisi svolte	n. campionamenti e analisi programmati	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
19	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	DATAFARM - VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	n. campioni effettuati	n. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 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	N. A.	N. A.
20	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illicite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	VETINFO (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	n. Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	N. A.	N. A.
21	ADDITIVI ALIMENTARI (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	n. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	100% in tutte le categorie previste	100% in tutte le categorie previste	100% in tutte le categorie previste	100% in tutte le categorie previste	N. A.	N. A.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
22	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
23			% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti delle tre specie controllati per BRC	Stabilimenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
24			D.M. 02/05/2024: attuazione del programma di eradicazione/mantenimento qualifiche sanitarie di provincia indenne per tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina, leucosi enzootica bovina			SI	SI	SI	SI	SI	N. A.	N. A.
25	SALMONELLOSI ZOOTICHE - Reg. 2160/2003 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 (Codice NSG P09Z)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
26	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	DATAFARM- VETINFO (Codice NSG P11Z)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne, "altri bovini"	n. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie/categoria	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
27			% controlli per benessere negli impianti di macellazione	n. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (Regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

	OBIETTIVI	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target AST PU	Target AST AN	Target AST MC	Target AST FM	Target AST AP	Target AOUM	Target INRCA
28	COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE PER LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE FASI DELLA TRASFORMAZIONE, DISTRIBUZIONE, SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI (PAMA), ad eccezione dei FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992, previsti dall'obiettivo NSG Core	DATAFARM - VETINFO (Codice NSG P13Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100% in ciascuna matrice alimentare	100% in ciascuna matrice alimentare	100% in ciascuna matrice alimentare	100% in ciascuna matrice alimentare	100% in ciascuna matrice alimentare	N. A.	N. A.
29	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	DATAFARM- VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	n. campioni eseguiti	n. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	N. A.	N. A.
30	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	DATAFARM (Codice NSG P13Z)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	N. A.	N. A.
31	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	DATAFARM- VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	100%	100%	100%	100%	N. A.	N. A.
32	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	AASSTT- Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna AST, entro il 31 dic 2023		Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	N. A.	N. A.



ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"												
	OBIETTIVI	FORTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
33	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.	N. A.	N. A.
34		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.	N. A.	N. A.
35		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%)	N. A.	N. A.
36	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	n. di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3, R3D		> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	N. A.	N. A.
37	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35%	> 35%	> 35%	> 35%	> 35%	N. A.	N. A.
38	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	n. totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
39	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	n. totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI												
	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
40	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P	n. totale di prestazioni per classe di priorità P	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%
41	Attività legate all'attuazione del DM77/2022	Determinazione con Atti propri di quanto disposto dalle deliberazioni regionali, in materia di DM77/2022	Trasmissione Atti di recepimento DGR relative al DM77/2022	Atti di recepimento delle DGR relative al DM 77/2022 trasmessi al Settore Territorio ed Integrazione Sociosanitaria entro le date previste	Numero di DGR relative al DM 77/2022 che devono essere recepite dagli enti del SSR	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	N. A.	N. A.
42		Report richiesti dal Settore Territorio ed Integrazione Sociosanitaria, in materia di DM77/2022	Trasmissione resoconti di monitoraggio applicazione DM77/2022	Report relativi al monitoraggio dell'applicazione del DM 77/2022 trasmessi al Settore Territorio ed Integrazione Sociosanitaria entro le date previste	Numero di monitoraggi relativi all'applicazione del DM 77/2022 richiesti dal Settore Territorio ed Integrazione Sociosanitaria	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	Reportistica inviata entro le date previste	N. A.	N. A.
43	Miglioramento dell'attività di raccolta di sangue del cordone ombelicale (SCO) - Indicatori Ministeriali CNT e CNS-	Report per la Regione Marche della Banca del Cordone Ombelicale di Pescara (PeCBB)	Indice di Raccolta per punto nascita	n. Raccolte SCO	n. Parti	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	≥5%	N. A.
44			Numero di Unità Bancate per punto nascita	Numero di Unità Bancate		≥2 unità	≥2 unità	≥2 unità	≥2 unità	≥2 unità	≥2 unità	N. A.

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ALTRI INDICATORI

	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
45	Effettuazione visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica ai sensi della DGR n°1/2026 "Legge 29 luglio 2024 n. 107 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante: "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie". Indicazioni concernenti l'organizzazione e il potenziamento di percorsi di tutela per gli assistiti residenti nella Regione Marche: erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle giornate di sabato e domenica e gestione delle agende di presa in carico per le patologie cronicodegenerative e oncologiche.	Visite specialistiche ed esami diagnostici nei giorni di sabato e domenica nei mesi di Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Ottobre e Novembre	Effettuazione di visite specialistiche ed esami diagnostici nei giorni di sabato e domenica nei mesi di Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Ottobre e Novembre	Invio mensile del report nei mesi indicati		Invio Reportistica Mensile	Invio Reportistica Mensile	Invio Reportistica Mensile	Invio Reportistica Mensile	Invio Reportistica Mensile	Invio Reportistica Mensile	Invio Reportistica Mensile
46				Erogato: Totale delle visite specialistiche ed esami diagnostici nei giorni di sabato e domenica	Erogato: Totale visite specialistiche ed esami diagnostici mensili con priorità B,D e P	>=3%	>=3%	>=3%	>=3%	>=3%	>=3%	>=3%
47	Partecipazione alle attività UCGLA come previsto dalla DGR n. 1490 del 7 ottobre 2024 "DGR 1441 del 30 Settembre 2024 "Legge n. 107, del 29 luglio 2024, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)". Rettifica e sostituzione dell'allegato A"	Calendario visite programmate nei giorni di sabato e domenica nei mesi di Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Ottobre e Novembre	Predisposizione ed invio mensile del calendario che indica le effettive giornate di sabato e domenica in cui vengono programmate le prestazioni di cui alla DGR 1/2026 Allegato A punto 3	Invio calendario di programmazione mensile nei mesi di Febbraio, Marzo, Aprile, Maggio, Ottobre e Novembre		Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente	Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente	Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente	Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente	Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente	Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente	Invio calendario mensile entro il 25 del mese precedente
48	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IQE)	PNRR M6C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI) Aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico almeno il 10% della popolazione over 65	totale della popolazione over 65	Prestazioni rese in assistenza domiciliare erogate ad over 65	>= 10%	>= 10%	>= 10%	>= 10%	>= 10%	N.A.	N.A.

AREA ACCREDITAMENTI												
	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
49	Decreto interministeriale del 15/12/2023 n. 232 del Ministero delle imprese e del made in Italy, di concerto con Ministero della Salute e Min. Economia e Finanze: adeguamento delle strutture sanitarie alle misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III del decreto in parola.		Art. 18 comma 4 del Decreto interministeriale n. 232 del 15/12/2023: adeguamento delle strutture sanitarie alle misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III del decreto in parola entro i termini di legge.			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SISTEMA INTEGRATO DELLE EMERGENZE												
	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
50	Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Flusso EMUR/118 (NSG, IQE)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 17 minuti	≤ 14 minuti	≤ 18 minuti	≤ 14 minuti	≤ 15 minuti	N. A.	N. A.

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"												
	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
51	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG H04Z; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,10	≤ 0,15	≤ 0,15	≤ 0,10	≤ 0,12	≤ 0,12	≤ 0,10
52	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG H13C/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	> 80%	> 83%	> 83%	> 83%	> 80%	> 76%	N. A.
53	"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 H05Z)	% 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	≥ 85%	≥ 85%	≥ 87%	≥ 85%	≥ 87%	≥ 80%	≥ 90%
54	"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 H17C/18C)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I o II livello o con numero parti < o > 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I o II livello o con numero parti < o > 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I o II livello o con numero parti < o > 1000	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	N. A.
55	"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 H02Z)	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
56	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG H03C)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	N° ricoveri con un nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da intervento chirurgico per un tumore maligno della mammella	N° ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	< 2%	< 4%	< 6%	0%	< 2%	< 4%	0%
57	Appropriatezza ed efficacia	Flusso SDO (NSG H23C) Anagrafe tributaria	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il pz risultati deceduto entro 30 giorni dalla data di ricovero	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico	< 5%	< 8%	< 5%	< 5%	< 5%	< 6%	< 14%
58	Rete trapianti (Legge 91/1999)	Sistema Informativo Trapianti (SIT)(NSG H09Za)	Capacità organizzativa percorso donazione	N° donatori utilizzati		> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	N. A.

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI												
	SUB- OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
59	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (collegato a NSG H06Z)	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	n. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2024		≤ 10	≤ 80	≤ 200	≤ 20	≤ 250	≤ 170	≤ 10
60		Flusso SDO (collegato a NSG H07Z)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	n. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2024		≤ 15,000	≤ 12.000	≤ 28.000	≤ 10.000	≤ 15.000	≤ 15.000	≤ 900
61		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025	< valore 2025
62		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 inappropriatelyzza) - (esclusi ricoveri urgenti)	n. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)	n. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza)	≥ 75%	≥ 75%	≥ 73%	≥ 73%	≥ 75%	≥ 73%	≥ 70%
63		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48)) - (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 4%	≤ 4%	≤ 3%	≤ 2%	≤ 5%	≤ 7%	≤ 5%
64		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ valore 2025	≤ valore 2025	≤ valore 2025	≤ valore 2025	≤ valore 2025	≤ valore 2025	≤ valore 2025
65		Flusso SDO (correlato con NSG H19S)	Riduzione numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita	≤ 1	≤ 1	≤ 3	≤ 1	≤ 1	N. A.	N. A.

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI												
	SUB- OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
66	Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	Flusso SDO- Piano Nazionale Governo Liste di Attesa	Percentuale interventi chirurgici di area oncologica (tumore alla prostata, mammella, colon, retto, melanoma, tiode, utero, ove applicabile) erogati nei tempi massimi per classe di priorità A (strutture pubbliche e private)	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici in area oncologica (tumore alla prostata, mammella, colon, retto, melanoma, tiode, utero, ove applicabile)	n. prestazioni classe di priorità A per interventi chirurgici in area oncologica (tumore alla prostata, mammella, colon, retto, melanoma, tiode, utero, ove applicabile)	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
67	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	Accordo Stato-Regioni n. 143 del 01.08.2019	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	n. pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	n. totale pazienti codice arancione	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%
68			% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	n. pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	n. totale pazienti codice azzurro	≥ 80%	≥ 80%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
69	Rete trapianti	Report Centro Regionale Trapianti (SIT)	Capacità organizzativa percorso trapianti (accertamento) (proc 2)	N° Accertamenti di morte	N. decessi con lesione cerebrale in T.I. + DCD	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	> 2025	NA
70			Capacità donativa cornee	N° cornee donate (prelevate)		> 2025+20%	> 2025+20%	> 2025+20%	> 2025+20%	> 2025+20%	> 2025+20%	> 2025+20%

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOUM	TARGET INRCA
71	TSO- Trattamento Sanitario Obbligatorio	Flusso SDO	Diminuzione del 2% rispetto al 2025	n. TSO a Residenti Maggioresnni	popolazione maggiorenne residente e presa in carico nell'AST alla data del 31/12/2026 (non si applica ad AOU delle Marche)	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025 La cui proposta e/o convalida sono effettuate dal personale dell'Azienda	N. A.
72	Atti contenitivi	Registro contenzio ni SPDC/ca mpionatu ra cartella*	Diminuzione del 2% rispetto al 2025	n. atti contenitivi a residenti maggioresnni	popolazione maggiorenne residente nell'AST alla data del 31/12/2026 (non si applica ad AOU delle Marche e INRCA)	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025 *su una campionatura del 5% delle cartelle della Clinica Psichiatrica	- 2% rispetto agli atti contenitivi 2025 *su una campionatura del 5% delle cartelle
73	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤5.0	≤5.0	≤5.0	≤5.0	≤5.0	N. A.	N. A.
74	Riammissioni ospedaliere non programmate entro 7 gg dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO	Ricoveri ripetuti entro 7 gg in psichiatria dalla dimissione per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti entro 7 gg in psichiatria dalla dimissione per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤5.0	≤5.0	≤5.0	≤5.0	≤5.0	≤5.0	N. A.

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

	OBIETTIVI	FORTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PU	TARGET AST AN	TARGET AST MC	TARGET AST FM	TARGET AST AP	TARGET AOM	TARGET INRCA
75	TSO- Trattamento Sanitario Obbligatorio Minorenni	Flusso SDO	Diminuzione del 2% rispetto al 2025	n. TSO a Residenti Minorenni	popolazione minorenni residente nell'AST alla data del 31/12/2026 (non si applica ad AOU delle Marche)	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025	- 2% rispetto ai TSO 2025 La cui proposta e/o convalida sono effettuate dal personale dell'Azienda	N. A.
76	Efficienza delle Centrali Operative Territoriali nei setting assistenziali residenziali e semiresidenziali	Piattaforma SiS-Ter	almeno l'80% delle ammissioni ai posti letto delle strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio-sanitarie (di cui al Reg.to Reg.le 1/2018), sia a gestione diretta che convenzionate, che devono essere effettuate dalle COT e devono essere registrate su sistema informativo Sis-ter			almeno l'80% delle ammissioni ai posti letto delle strutture residenziali e semi- residenziali sanitarie e socio- sanitarie (di cui al Reg.to Reg.le 1/2018), sia a gestione diretta che convenzionate, che devono essere effettuate dalle COT e devono essere registrate su sistema informativo Sis-ter	almeno l'80% delle ammissioni ai posti letto delle strutture residenziali e semi- residenziali sanitarie e socio- sanitarie (di cui al Reg.to Reg.le 1/2018), sia a gestione diretta che convenzionate, che devono essere effettuate dalle COT e devono essere registrate su sistema informativo Sis-ter	almeno l'80% delle ammissioni ai posti letto delle strutture residenziali e semi- residenziali sanitarie e socio- sanitarie (di cui al Reg.to Reg.le 1/2018), sia a gestione diretta che convenzionate, che devono essere effettuate dalle COT e devono essere registrate su sistema informativo Sis-ter	almeno l'80% delle ammissioni ai posti letto delle strutture residenziali e semi- residenziali sanitarie e socio- sanitarie (di cui al Reg.to Reg.le 1/2018), sia a gestione diretta che convenzionate, che devono essere effettuate dalle COT e devono essere registrate su sistema informativo Sis-ter	almeno l'80% delle ammissioni ai posti letto delle strutture residenziali e semi- residenziali sanitarie e socio- sanitarie (di cui al Reg.to Reg.le 1/2018), sia a gestione diretta che convenzionate, che devono essere effettuate dalle COT e devono essere registrate su sistema informativo Sis-ter	N.A.	N.A.

AREA OSPEDALIERA - TRASFUSIONALE (DIRMT)			
Prog.	FONTE	INDICATORE	DIRMT
77		n. di donazioni in aferesi/n. di donatori in aferesi	≥ 2025
78	Produzione	Unità di G.R. prodotti	≥ 74.800
79		Kg Plasma da conferire al frazionamento	≥ 35.600
80		n. unità G.R. trasfuse: n. unità trasfuse/1000 abitanti	≤ 2025
81	Autosufficienza	Emocomponenti driver (correlato H08Za - NSG) Variazione % rapporto tra n. unità GR prodotti e n. Unità GR programmate	valore compreso tra -3% e +3%
82		Emoderivati (correlato H08Zb - NSG CORE): Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati	valore compreso tra -3% e +3%
83	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	≥ 5

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

CRITERI ANNO 2026

Il presente documento è composto da due parti:

- **OBIETTIVI ECONOMICI:** riguardano le azioni da effettuarsi nel rispetto del vincolo economico e si riferisce a settori trasversali quali:
 - l'area dei costi e dei debiti;
 - la spesa farmaceutica e dei dispositivi medici;
 - le risorse umane;
 - la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica;
 - la digitalizzazione dei processi;
 - l'attuazione del PNRR - Missione 6 Salute.
- **OBIETTIVI SANITARI:** riguarda per ognuno dei tre macro-livelli assistenziali:
 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
 - Assistenza Distrettuale;
 - Assistenza Ospedaliera;

gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e le attività previste per una buona qualificazione dell'erogazione dei LEA che devono essere attuati grazie alle risorse assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con DGR n. 1928 del 30/12/2025.

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

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

è il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, il rispetto del tetto della spesa del personale come stabilito dalla normativa nazionale - a cui ciascun ente concorre - e come specificato dalla DGR n. 43 del 26.01.2026 "*Art. 20 comma 2 lett. e) L.R. n. 19/2022 - Direttiva vincolante per gli Enti del SSR - Determinazione provvisoria del tetto di spesa del personale per l'annualità 2025 e 2026 ai sensi dell'art. 5 comma 2 dl 73/2024 dell'art.1 comma 362 della L.199/2025*" e successive determinazioni della Giunta regionale in materia, nonché il raggiungimento del 100% dei convenzionamenti degli erogatori regionali accreditati secondo i manuali vigenti, che abbiano generato costi per acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nell'esercizio di riferimento.

PARTE I - OBIETTIVI ECONOMICI (PUNTEGGIO TOTALE: 50 PUNTI)

Le azioni da effettuarsi per garantire il rispetto del vincolo economico riguardano le aree sopra descritte.

Gli obiettivi economici sono costituiti da singoli indicatori o da gruppi di indicatori.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Nel caso di obiettivi economici costituiti da singoli indicatori, il pieno raggiungimento (100%) del target collegato all'obiettivo comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio massimo per singolo Ente del SSR, così come sintetizzato nella Tabella 1.
Ove l'indicatore non preveda una specifica metodologia di calcolo del punteggio nella relativa tabella di cui all'Allegato A, in caso di mancato raggiungimento del 100% del target, il punteggio è calcolato come di seguito:
 - Una percentuale di raggiungimento inferiore all'80% preclude l'assegnazione del punteggio collegato all'indicatore in oggetto;
 - Una percentuale di raggiungimento compresa tra l'80% e il 95% comporta l'assegnazione di una pari percentuale di punteggio collegato all'indicatore in oggetto (es: obiettivo con punteggio = 1, raggiunto all'84%: punteggio = 0,84);
 - Una percentuale di raggiungimento superiore al 95% determina l'assegnazione del 100% del valore del punteggio collegato all'indicatore in oggetto.
- Nel caso di obiettivi economici costituiti da gruppi di indicatori, la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è data dal **risultato della media aritmetica delle percentuali di raggiungimento dei target dei singoli indicatori che compongono il gruppo**. Il punteggio è calcolato con la medesima metodologia applicata per gli obiettivi costituiti da singoli indicatori, sopra descritta.

Pre-requisiti economici: Rispetto Dei Tempi Di Pagamento

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 865 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", *"per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento"*.

Secondo quanto disposto dalla norma in parola, 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.

Considerato che il punteggio totale della valutazione è pari a 100 punti, il mancato rispetto dei tempi di pagamento nei termini sopra descritti comporta la decurtazione fino al massimo di 30 punti rispetto al punteggio ottenuto.

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

OBIETTIVI ECONOMICI 2026									
AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI							DIRMT
		AST PU	AST AN	AST MC	AST FM	AST AP	AOUM	INRCA	
GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI	1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	50
	2	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	
	3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	
	4	3	3	3	3	3	3	3	
	5	3	3	3	3	3	3	3	
	6	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	50
	7	2	2	2	2	2	2	2,5	
	8	1	1	1	1	1	1	1,9	
	9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1,4	
	10	1	1	1	1	1	1	N. A.	
	11	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25	1,5	1,5	
	12	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25	1,5	1,5	
	13	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
	14	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
	15	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.	0,5	N. A.	
FARMACEUTICA	16	2	2	2	2	2	3	3	50
	17	2	2	2	2	2	N. A.	N. A.	
	18	1	1	1	1	1	1	1	
	19	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
	20	0,25	0,25	0,25	0,5	0,25	1	1,5	
	21	0,25	0,25	0,25	0,5	0,25	0,5	1	
	22	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
	23	1	1	1	1	1	1,5	1,5	
	24	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	1	
	25	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	1	
	26	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	27	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	1	1,25	
	28	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,75	
	29	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N. A.	N. A.	
	30	0,5	0,5	0,5	N. A.	0,5	1	N. A.	
PERSONALE	31	2	2	2	2	2	2	2	
	32	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
	33	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
	34	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
	35	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	N. A.	N. A.	
	36	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	
	37	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	
	38	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
	39	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
RICETTA DEMATERIALIZZATA PAGAMENTO TICKET	40	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,8	1	
	41-43	2	2	2	2	2	3	3	
	44	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1	
DIGITALIZZAZIONE PROCESSI	45	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1	N.A	
	46	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	
	47	1	1	1	1	1	1	1,5	
PNRR - MISSIONE 6	48	1	1	1	1,0	1	1	1,5	
	49	2	2	2	2,0	2	N. A.	N. A.	
	50	2	2	2	2,0	2	N. A.	N. A.	
	51	1	1	1	N. A.	1	1	N. A.	
	52	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	N. A.	
	53	N. A.	N. A.	N. A.	1	N. A.	1	N. A.	
TOTALE		50	50	50	50	50	50	50	50

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARTE II - OBIETTIVI SANITARI (PUNTEGGIO TOTALE: 50 PUNTI)

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:

- A) NSG CORE;
- B) ALTRI INDICATORI.

A) Obiettivi Sanitari NSG CORE

Gli obiettivi sanitari NSG CORE sono costituiti da singoli indicatori o da gruppi di indicatori.

- Obiettivi sanitari NSG CORE costituiti da singoli indicatori

Il pieno raggiungimento (100%) del target comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio massimo per singolo Ente del SSR, così come sintetizzato nella Tabella 2.

Ove l'indicatore non preveda una specifica metodologia di calcolo del punteggio nella relativa tabella di cui all'Allegato A, una percentuale di raggiungimento del target inferiore al 100% preclude l'assegnazione del punteggio collegato all'indicatore in oggetto.

- Obiettivi sanitari NSG CORE costituiti da gruppi di indicatori

Il pieno raggiungimento (100%) di tutti i target dei singoli indicatori che compongono il gruppo comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio massimo per singolo Ente del SSR, così come sintetizzato nella Tabella 2.

Ove l'indicatore non preveda una specifica metodologia di calcolo del punteggio nella relativa tabella di cui all'Allegato A, una percentuale di raggiungimento del target inferiore al 100% su uno o più indicatori che compongono il gruppo preclude l'assegnazione del punteggio collegato al gruppo di indicatori.

B) Obiettivi sanitari ALTRI INDICATORI

Gli obiettivi sanitari ALTRI INDICATORI sono costituiti da singoli indicatori o da gruppi di indicatori.

- Nel caso di obiettivi sanitari ALTRI INDICATORI costituiti da singoli indicatori, il pieno raggiungimento (100%) del target collegato all'obiettivo comporta l'attribuzione di uno specifico punteggio massimo per singolo Ente del SSR, così come sintetizzato nella Tabella 1.

Ove l'indicatore non preveda una specifica metodologia di calcolo del punteggio nella relativa tabella di cui all'Allegato A, in caso di mancato raggiungimento del 100% del target, il punteggio è calcolato come di seguito:

- Una percentuale di raggiungimento inferiore all'80% preclude l'assegnazione del punteggio collegato all'indicatore in oggetto;

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Una percentuale di raggiungimento compresa tra l'80% e il 95% comporta l'assegnazione di una pari percentuale di punteggio collegato all'indicatore in oggetto (es: obiettivo con punteggio = 1, raggiunto all'84%: punteggio = 0,84);
 - Una percentuale di raggiungimento superiore al 95% determina l'assegnazione del 100% del valore del punteggio collegato all'indicatore in oggetto.
- Nel caso di obiettivi sanitari **ALTRI INDICATORI** costituiti da gruppi di indicatori, la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è data dal **risultato della media aritmetica delle percentuali di raggiungimento dei target dei singoli indicatori che compongono il gruppo**. Il punteggio è calcolato con la medesima metodologia applicata per gli obiettivi costituiti da singoli indicatori, sopra descritta.

Pre-requisiti sanitari: rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari

La Regione ritiene di penalizzare proporzionalmente 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.

In conformità di quanto stabilito dalla DGR 248/2018, la quota dell'indennità di risultato per la parte sanitaria subirà un abbattimento come di seguito esplicitato:

- 1) **non è riconosciuta** in caso di mancato rispetto delle scadenze temporali di invio dei flussi mensili (allegato A DGR 248/18) (12 mesi su 12 invii totali), trimestrali (4 trimestri su 4 invii totali), semestrali (2 semestri su 2 invii totali) ed annuali (1 annualità su 1 invio totale);
- 2) **è decurtata in maniera proporzionale come specificato nelle tabelle sottostanti:**

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

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

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

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

- 3) **è decurtata per una quota aggiuntiva del 25%** (rispetto a quanto previsto al punto 2) e fino all'occorrenza del massimo di 50 punti, qualora l'ente sanitario registri ritardi nell'invio delle SDO periodo gennaio-dicembre definitivo fissato al 15 marzo dell'anno successivo.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

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

Tabella f): Flussi trimestrali - Anagrafe vaccinale			
Invio Trimestrale Anagrafe vaccinale (percorso vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	AST	AOU AN	INRCA
	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni obbligatorie e Vaccinazioni Covid	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni Covid	Obiettivo invio al 100%: Vaccinazioni Covid

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

Infine, con riferimento ai pre-requisiti relativi al rispetto della completezza dei flussi informativi nell'ambito degli Obiettivi sanitari, si richiama la causa di decadenza prevista negli schemi di contratto dei Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del SSR, concernente 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.

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

OBIETTIVI SANITARI 2026									
AREE DI ATTIVITA'	GRUPPO INDICATORI	PUNTEGGI INDICATORI/GRUPPI DI INDICATORI							
		AST PU	AST AN	AST MC	AST FM	AST AP	AOUM	INRCA	DIRMT
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA INDICATORI NSG "CORE"	1	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	2	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
	3	2	2	2	2	2	N.A.	N.A.	
	4-6	3	3	3	3	3	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA ALTRI INDICATORI	7	1	1	1	1	1	2,5	2,5	
	8	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	9	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	10	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	11	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE INDICATORI NSG "CORE"	12-18	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	19-21	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE ALTRI INDICATORI	22-25	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	26-28	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	29-30	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	31-32	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"	33-35	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	36	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	37	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	N.A.	N.A.	
	38	1	1	1	1	1	2	3	
	39	1	1	1	1	1	2	3	
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE- TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA ALTRI INDICATORI	40	1	1	1	1	1	2	2	
	41-42	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	43-44	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	N.A.	
	45-46	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	47	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	
	48	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
AREA ACCREDITAMENTI	49	1	1	1	1	1	1	1	
SISTEMA INTEGRATO DELLE EMERGENZE	50	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"	51	1	1	1	1	1	4	5,5	
	52	1	1	1	1	1	4	N.A.	
	53	2	2	2	2	2	4	5	
	54	2	2	2	2	2	4	N.A.	
	55	1	1	1	1	1	0,5	1	
	56	1	1	1	1	1	0,5	1	
	57	1	1	1	1	1	1	4	
	58	1	1	1	1	1	1	N.A.	
AREA OSPEDALIERA	59	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	60	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	61	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	62	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	63	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	64	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	65	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
	66	1	1	1	1	1	4	4	
	67	1	1	1	1	1	3	4	
	68	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	
	69	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2	N.A.	
	70	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	71	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	
	72	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	
	73	1	1	1	1	1	N.A.	N.A.	
	74	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	
	75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	
	76	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	N.A.	N.A.	
AREA TRASFUSIONALE TARGET DIRMT	77	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	6
	78	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	5
	79	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	5
	80	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	5
	81	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	10
	82	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	12
	83	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	7
TOTALE		50	50	50	50	50	50	50	50