



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Art. 1 comma 5 Dpcm n. 502/1995 e art. 3 comma 2 L.R. n. 13/2003 - Valutazione dei risultati conseguiti nel 2016 dai Direttori generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e dal Direttore del Dipartimento regionale di medicina trasfusionale

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal dirigente della Posizione di funzione controllo atti ed attività ispettiva dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

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

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di approvare la valutazione dei risultati conseguiti nel 2016 dai Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e dal Direttore del Dipartimento regionale di medicina trasfusionale, secondo quanto indicato nell' "allegato A" alla presente deliberazione, che costituisce parte integrante della medesima;
- di riattribuire i seguenti obiettivi economici, in quanto sterilizzati:
 - Obiettivo 2.2 "*Spesa farmaceutica ospedali*" a tutti i Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e dal Direttore del Dipartimento regionale di medicina trasfusionale;
 - Obiettivo 3.2 "*Stabilizzazione del personale precario dirigenza e comparto sanità*" a tutti i Direttori Generali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale e dal Direttore del Dipartimento regionale di medicina trasfusionale;
- di riattribuire i seguenti obiettivi sanitari, in quanto sterilizzati:
 - obiettivo 2.2 "garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione" ad ASUR ed INRCA

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Deborah Giraldi

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Luca Ceriscioli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere) prevede che il trattamento economico dei direttori generali può essere integrato di una ulteriore quota, fino al venti per cento dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente dalla Regione.

L'articolo 3, comma 2, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale) ha attribuito alla Giunta regionale il compito di definire gli obiettivi specifici per gli enti del Servizio sanitario regionale e di verificare i risultati conseguiti dai direttori generali dei medesimi enti. Ha stabilito poi che, per tale verifica, la Giunta regionale si avvale del supporto del Comitato di controllo interno e di valutazione di cui alla legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione), integrato con il direttore del dipartimento per la salute e per i servizi sociali (ora dirigente del Servizio sanità).

Nei contratti sottoscritti dalla Regione con i direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale è stata inserita l'integrazione del trattamento economico prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 502/1995 sopraccitato.

Con DGR n. 881 del 1/08/2016, la Giunta regionale ha nominato il nuovo Direttore del Dipartimento interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale ed ha incaricato il Nucleo di Valutazione regionale di procedere alla verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore del DIRMT in sede di budget.

La Giunta regionale, con deliberazioni n. 1106 del 19/09/2016, ha approvato i criteri di valutazione dei risultati conseguiti rispettivamente per gli anni 2016 dai direttori generali degli enti del SSR e dal Direttore del DIRMT.

L'assetto generale di valutazione degli obiettivi dei direttori generali degli enti del SSR per l'anno 2016 è stato determinato come segue:

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

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

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

La Giunta regionale ha inoltre previsto che le direzioni generali dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA, nonché il direttore del dipartimento interaziendale regionale di medicina trasfusionale (DIRMT), debbano predisporre una relazione con l'analisi dei risultati raggiunti in riferimento sia agli obiettivi economici che agli obiettivi sanitari assegnati, indicando anche le criticità rilevate, gli scostamenti e le relative motivazioni e che la documentazione deve essere esaminata "dal Nucleo di Valutazione competente in sede di verifica e valutazione, anche al fine di analizzare le situazioni e le circostanze che hanno ostacolato il pieno raggiungimento degli obiettivi".

Con DGR n. 830 del 17/7/2017 sono stati incaricati i nuovi componenti COCIV a far data dal 1/8/2017.

1. La Giunta regionale, con deliberazione n.1693 del 10/12/2018 ha stabilito, tra l'altro, di prevedere quale criterio generale di valutazione, integrativo dei criteri di cui alla DGR n. 1106 del 19/9/2016, che: *"nel caso in cui l'obiettivo non preveda un range di tolleranza nel target assegnato alle aziende o l'obiettivo sia articolato in più azioni (sub-obiettivi che concorrono al punteggio finale) gli esiti conseguiti dalle Direzioni possono essere valorizzati in percentuale e, ove si consegua almeno l'85% del target, l'Organo di valutazione può assegnare il punteggio correlato alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo"*.

P
res



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il COCIV di cui alla L.R. n. 20/2001, integrato con il Dirigente del Servizio Sanità, negli incontri del 30 novembre e 19 dicembre 2018, giusta verbali agli atti, ha effettuato una ricognizione generale della documentazione presentata, in particolare ha verificato:

- i contenuti della deliberazione n. 1106 del 19/9/2016, con la quale sono stati approvati i criteri di valutazione dei risultati conseguiti per l'anno 2016 rispettivamente dai direttori generali degli enti del SSR e dal Direttore del DIRMT.
- Deliberazione n.551 del 17/04/2013 sulla riduzione delle strutture complesse e semplici del SSR;
- Deliberazione n.1219 del 27/10/2014 concernente la definizione dei parametri delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR;
- I contenuti della deliberazione n.1693 del 10/12/2018, con la quale, tra l'altro, i predetti criteri sono stati integrati;
- i contenuti delle Relazioni della Corte dei Conti relative al bilancio di esercizio delle aziende dell'anno 2016;
- la certificazione del Comitato Lea relativa agli adempimenti obbligatori verificati dal MEF e dal Ministero della salute;
- le relazioni presentate dai Direttori degli Enti del SSR (*Marche Nord* nota 0409847 del 13.4.2018 e n. 528904 del 5/06/2017 – *AOU ANCONA* Prot. 0019074 del 16/03/2018 e mail 9/11/2018 – *ASUR* prot. 37232 del 30/12/2016 e prot. 8935 del 22/03/2018; *DIRMT* prot. 24564 del 9/4/2018- *INRCA* prot. 22736 del 27/7/2018)

le relazioni dei Dirigenti delle PPF del Servizio Sanità, dell'Ars e del Servizio risorse finanziarie e bilancio, contenenti le rendicontazioni sul raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Direzioni, trasmesse a mezzo mail, alla competente P.F. Controllo Atti e Attività Ispettiva, agli atti dell'ufficio (PF Risorse finanziarie e bilancio ID 14036700 del 5/6/2018 e ID15207949 del 15/11/2018- PF Assistenza farmaceutica prot. 11019 del 14/12/2018 - PF Risorse umane e Formazione ID 15273093 del 23/11/2018 e ID 15502896 del 21/12/2018 – PF Flussi informativi sanitari e monitoraggio SSR mail del 14/12/2018 - PF Assistenza ospedaliera, emergenza – urgenza mail del 19/12/2018 - PF Integrazione socio-sanitaria prot. 10192 del 26/11/2018 - P.F. Mobilità Sanitaria e Area Extraospedaliera mail del 27/11/2018 – PF Territorio, integrazione ospedale-territorio mail del 9/11/2018- PF Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro mail del 10/9/2018 e del 29/11/2018).

A seguito dell'esame di tutta la documentazione e dei chiarimenti forniti dai dirigenti delle PP.FF., il CO.CIV ha verificato il raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari assegnati, giusta verbale del 19/12/2018, depositato agli atti della PF e relazione integrativa della PF Risorse umane e Formazione n. 15502896 del 21/12/2018, con le risultanze della valutazione come di seguito riportate e comunque sintetizzate nell'allegato A, facente parte integrante e sostanziale della presente proposta di deliberazione.

OBIETTIVI ECONOMICI

L'obiettivo 1 "Risultato Economico": tutti gli Enti del SSR hanno raggiunto nell'annualità 2016 l'equilibrio economico.

- sub-obiettivo 1.1 "**raggiungimento dell'equilibrio di bilancio**" risulta raggiunto al 100% da tutti gli Enti del SSR. (vedi nota sintetica Corte dei Conti anno 2016) pertanto il punteggio assegnato è: **ASUR 35**, **AOU Riuniti di Ancona 35**; **AO Marche Nord 35**; **INRCA 35**;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- sub-obiettivo **1.2** *“rispetto del budget dei costi”* risulta raggiunto al 100% da tutti gli Enti del SSR e dal DIRMT. (vedi nota ID 14036700 del 5/6/2018 e ID15207949 del 15/11/2018) pertanto il punteggio assegnato è: ASUR **10**; AOU Riuniti di Ancona **10**; AO Marche Nord **10**; INRCA **10**; DIRMT **50**.

L’obiettivo 2 “Spesa farmaceutica”:

- sub-obiettivo **2.1** *“spesa farmaceutica territoriale”*, risulta raggiunto al 100% da tutti gli Enti del SSR; pertanto il punteggio assegnato è: ASUR **2**; AOU Riuniti di Ancona **2**; AO Marche Nord **2**; INRCA **2**;
- sub-obiettivo **2.2**, *“spesa farmaceutica ospedalì”*,
sub-obiettivo **2.2**, *“spesa farmaceutica ospedalì”*, dirigente della PF competente ne propone la sterilizzazione per tutti gli Enti del SSR con la motivazione, accolta dal Nucleo, secondo la quale l’obiettivo è stato in larga misura pregiudicato dall’emergenza sisma che ha determinato il frequente ricorso alle strutture ospedaliere, che hanno sopperito ai normali percorsi assistenziali, con ricorso spesso rivolto ai PS e comunque lo stesso venne assegnato dal dirigente, suo predecessore, tardivamente (settembre 2016) e quindi di attuazione eccessivamente sfidante e poco raggiungibile. Pertanto il punteggio sterilizzato viene riassegnato nella misura di **1,5** per ciascun ente.
- sub-obiettivo **2.3** *“spesa per dispositivi medicì”* risulta raggiunto al 100% solo dalla Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord e pertanto il punteggio assegnato è pari a **1,5**.

L’obiettivo 3 “Personale”:

- sub-obiettivi **3.1** *“coperture turnover personale”* risulta raggiunto al 100% da tutti gli Enti del SSR, e pertanto il punteggio assegnato è: ASUR **2**; AOU Riuniti di Ancona **2**; AO Marche Nord **2**; INRCA **2**;
- sub-obiettivo **3.3** *“riduzione spesa personale con rapporto di lavoro flessibile”* risulta raggiunto al 100% da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è: ASUR **1**; AOU Riuniti di Ancona **1**; AO Marche Nord **1**; INRCA **1**;
- sub-obiettivo **3.2** *“stabilizzazione del personale precario dirigenza e comparto sanità”* Il dirigente della P.F. competente (nota ID 15273093 del 23/11/2018), ne propone la sterilizzazione per tutti gli Enti del SSR a causa del fatto che *“successivamente all’approvazione della DGR n. 1106 del 19.09.2016 di assegnazione degli obiettivi, gli enti del SSR hanno evidenziato la necessità di omogeneizzare le procedure di stabilizzazione e semplificare l’avvio delle stesse, suddividendo fra tutte le Aziende/Aree Vaste le procedure riservate ai precari per avviare un’unica procedura di stabilizzazione per profilo professionale per tutti i posti disponibili di ogni azienda/area vasta e redigendo un testo condiviso di bando da utilizzare per le procedure. La richiesta degli Enti è stata accolta e con nota prot. 729688 del 14.10.2016, è stato inviato lo schema di bando.* Pertanto il punteggio sterilizzato viene riassegnato nella misura di **punti 2** per ciascun ente.
- sub-obiettivo **3.4** *“riduzione delle strutture complesse e semplici”* il dirigente della P.F. competente con nota prot.15273093 del 23/11/2018 propone di considerare raggiunto l’obiettivo da tutti gli enti in quanto *“Nell’anno 2016 rispetto all’anno 2015 a livello regionale sono state ridotte n.16 strutture complesse. Considerato che il tavolo di verifica degli adempimenti LEA istituito presso il Ministero effettua una verifica complessiva regionale del numero di S.C. e S.S. ed ha dichiarato la Regione Marche adempiente per l’anno 2016 rispetto all’obiettivo “standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma1, lett.b) del patto per la salute”.* Sul punto il Dirigente della PF competente con nota ID 15502896 del 21/12/2018 formalizza quanto dichiarato in sede di riunione del 19/12/2018, ossia che *“In riferimento alla rendicontazione del grado di*

les



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

raggiungimento del sub-obiettivo del personale 3.4 "riduzione strutture complesse e semplici" di cui alla nota id. n. 15273093 del 23/11/2018 e agli esiti dell'incontro con l'Organismo di valutazione delle Direzioni generali si evidenzia quanto segue:

- il Tavolo di verifica degli adempimenti LEA istituito presso il Ministero effettua una verifica complessiva del numero di S.C. e S.S. della Regione,
- la Regione Marche nell'allocatione delle strutture semplici e complesse opera un coordinamento tra gli Enti del SSR in coerenza con le reti cliniche regionali ,
- dal 2013 all'annualità oggetto di valutazione la Regione ha raggiunto rilevanti risultati in tema di riduzione delle strutture come risulta nel seguente prospetto:

| TIPOLOGIA INCARICO | ANNO 2013 | ANNO 2015 | ANNO 2016 | | STANDARD DGR 1219/2014 previste |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|------------|---------------------------------|
| | previste | previste | previste | Assegnate* | |
| STRUTTURE COMPLESSE | 623 | 481 | 465 | 390* | 462 |
| STRUTTURE SEMPLICI | 947 | 667 | 667 | 628* | 659 |

*comprensivo delle strutture universitarie

Si conferma pertanto di considerare raggiunto l'obiettivo.". Alla luce di quanto espresso dal Dirigente, il Nucleo prende atto che nelle DGR 551/2013 e 1219/2014, integralmente richiamate nella DGR 1106/2016, è prevista la possibilità di accordi tra le aziende e di considerare la riduzione delle strutture a livello di intero sistema; pertanto, essendo stata la Regione Marche dichiarata adempiente per l'anno 2016, l'obiettivo si considera raggiunto per tutti gli enti del SSR ed il punteggio assegnato è: ASUR 5, AOU Riuniti di Ancona 5; AO Marche Nord 5; INRCA 5.

OBIETTIVI SANITARI

L'obiettivo 1 "Rispetto degli obblighi informativi":

- sub-obiettivo 1.1 (Assistenza domiciliare: Numero % di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1; Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro H): Rispetto del Target Vincolante 1 indicatore su 2 risulta assegnato solo ad ASUR e raggiunto e pertanto il punteggio assegnato ad ASUR è pari a 1; (Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali; Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2016 rispetto al 2015): Rispetto del Target Vincolante 1 indicatore su 2 risulta assegnato solo ad ASUR e raggiunto e pertanto il punteggio assegnato ad ASUR è pari a 1; (Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche; Salute mentale: Valutazione della coerenza del numero di assistiti rilevati con il flusso SISM e con il Modello STS24) Rispetto del Target Vincolante 1 indicatore su 2 risulta raggiunto dall'ASUR, quale unica assegnataria, pertanto il punteggio assegnato ad ASUR è pari a 1; (Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati; Emergenza urgenza - PS:

Rei



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24; Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente; Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2016 rispetto al 2015): Rispetto del Target Vincolante 3 indicatori su 4 (ASUR) e 1 indicatore su 2 (altre Aziende) risulta raggiunto da tutti gli pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 1; AOU Riuniti di Ancona 2; AO Marche Nord 2; INRCA:2; **(Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24; Assistenza semiresidenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24)** Rispetto del Target Vincolante 1 indicatore su 2 risulta assegnato solo ad ASUR e raggiunto e pertanto il punteggio assegnato ad ASUR è pari a 1; **(Valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri)** Assegnato solo ad ASUR e raggiunto e pertanto il punteggio assegnato è pari a 0,5; **(Assistenza farmaceutica - Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei farmaci: Incidenza del costo dai Flussi medicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE)** "Rispetto del Target Vincolante '0,5 ASUR; 2 AOU AN; 2 AO MN; 2 INRCA" risulta raggiunto pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 2; AO Marche Nord 2; risulta raggiunto al 94% dall'INRCA pertanto il punteggio assegnato è pari a 1,80;

(Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico) "Rispetto del Target Vincolante '0,5 ASUR; 2 AOU AN; 2 AO MN; 2 INRCA" risulta raggiunto pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 2; AO Marche Nord 2; INRCA: 2;

- sub-obiettivo 1.2 **(Completezza Tabella 1C.bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate)** non risulta raggiunto dall'ASUR, quale unica assegnataria dello stesso pertanto il punteggio è pari a 0;
- sub-obiettivi: 1.3 **(Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2016 (Dati per dichiarazione dei redditi))** risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 1,5; AO Marche Nord 1,5 ; INRCA: 1,5;
- sub-obiettivo 1.4 **(Archivi Anatomie patologiche)** risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 2; AO Marche Nord 2; NON assegnato ad INRCA;**(Schede di morte):** assegnato solo ad ASUR; sentita la dirigente della PF competente, il nucleo lo considera raggiunto in quanto adempienti 4 Aree Vaste ad eccezione dell'AV5, zona fortemente colpita dal sisma, pertanto il punteggio assegnato è pari a 0,5;
- sub obiettivo 1.5 **(Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2015)** risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 1,5; AO Marche Nord 1,5 ; INRCA:2,5;
- sub obiettivo 1.6 **(Garantire il rispetto dei tempi di pagamento)** risulta-raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 2; AO Marche Nord 2 ; INRCA 3;
- sub obiettivo 1.7 **(Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti)** risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: 0,5; AOU Riuniti di Ancona 2; AO Marche Nord 2; INRCA: 2.

L'obiettivo 2 "Assistenza Ospedaliera Emergenza Urgenza":



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- sub-obiettivo: **2.1 (Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, dei posti letto derivanti dalla riconversione in Ospedali di Comunità agli standard della DGR 139/2016-)** assegnato solo ad ASUR risulta raggiunto pertanto il punteggio assegnato è pari a 1;– **(Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, delle Attività e Servizi previsti nelle schede degli Ospedali di Comunità secondo gli standard della DGR 139/2016-)** assegnato solo ad ASUR risulta raggiunto pertanto il punteggio assegnato è pari a 1
- sub-obiettivo **2.2 “Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza”:**
 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti), % parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti <1000, % parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti >1000, % parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN, Appropriately clinico-assistenziale ostetricia, % pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario, % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriately), % Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico, % DRG Medici da reparti chirurgici, % Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni, Degenza media pre-operatoria.** Rispetto del Target Vincolante 9 indicatori su 12 (ASUR), 7 indicatori su 9 (AOU), 8 indicatori su 10 (AO Marche Nord), 4 indicatori su 6 (INRCA) risultano raggiunti al 100% da ASUR e AO Marche Nord, AOU il 98,30% ed INRCA il 94,00% , pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: **1,5**; AOU Riuniti di Ancona **4,92**; AO Marche Nord **5**; INRCA:**3,76**;
 - Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione,** assegnati ad ASUR (1) e INRCA (3), rispetto del target vincolante 2 indicatori su 2, il dirigente della PF competente ne propone la sterilizzazione per entrambi gli Enti, in quanto nel corso del 2016 sono stati emanati, dal Ministero della salute, nuovi criteri di valutazione dell'inappropriately dei ricoveri di riabilitazione e che lo stesso Ministero ha escluso temporaneamente tale obiettivo dai LEA, pertanto il punteggio sterilizzato viene riassegnato nella misura di: punti 1 ad ASUR e punti 3 ad INRCA
- sub-obiettivo **2.3 (Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 100 interventi annui, % pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in regime ordinario, Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 150 interventi annui, Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui),** Rispetto del Target Vincolante 3 indicatori su 4 (ASUR), 2 indicatori su 3 per gli altri enti, risulta raggiunto al 100% da AOU e AO Marche Nord, pertanto il punteggio assegnato è il seguente:AOU: **4** e AO Marche Nord: **4**; mentre per ASUR e INRCA vengono raggiunti rispettivamente il 98,33%, pari a **1,48** punti ed il 99,50%, pari a **2,99** punti, sempre in base al criterio di cui alla DGR 1693/2018.
- sub-obiettivo **2.4 (Produzione di reportistica attestante la presenza di una rendicontazione analitica su ogni singolo progetto.)** risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a: ASUR **0,5**; AOU Riuniti di Ancona **2**; AO Marche Nord **2**; INRCA **1**;
- sub-obiettivo **2.5 (Applicazione DGR 808/2016 Tempi di Attesa /Ottimizzazione offerta visite specialistiche Prime visite/prestazioni strumentali)**

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

-Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso (prima visita /esame o controllo) per tutte le prestazioni previste dal PNGLA, Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di slot dedicati nelle agende di oncologia/neuro, diab, nefr, cardio per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione delle agende dedicate per le 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio PNGLA, Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"
Rispetto del Target Vincolante 3 indicatori su 4 (ASUR), 2 indicatori su 3 per gli altri enti, risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR pertanto il punteggio assegnato è pari a a: ASUR **1,5**; AOU Riuniti di Ancona **3**; AO Marche Nord **3**; INRCA **2,5**;

-Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni:- visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica;- mammografia; - TAC torace;- ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica;- RMN colonna vertebrale, Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA
Rispetto del Target Vincolante 3 indicatori su 4 per gli enti, risulta raggiunto da tutti pertanto il punteggio assegnato è pari a a: ASUR **1**; AOU Riuniti di Ancona **2**; AO Marche Nord **2**; INRCA **3**

- Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA risulta raggiunto da tutti pertanto il punteggio assegnato è pari a: ASUR **0,5**; AOU Riuniti di Ancona **2**; AO Marche Nord **2**; INRCA **3**

- Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR, pertanto il punteggio assegnato è pari a: ASUR **0,5**; AOU Riuniti di Ancona **2**; AO Marche Nord **2**; INRCA **3**.

L'obiettivo 3 "Assistenza Territoriale":

- sub-obiettivo: 3.1 (*definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting R2D ed R3.1 di cui alla dgr 1331/2014*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
- sub-obiettivo: 3.2 (*Demenza/Alzheimer Semi Residenziale*) non risulta raggiunto dall'Asur, unica assegnataria pertanto il punteggio assegnato è pari a **0**;
- sub-obiettivo: 3.3 (*Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
- sub-obiettivo: 3.4 (*Percentuale di anziani ≥ 65 anni valutati con il sistema RUG III HC*) risulta raggiunto dall'Asur, unica assegnataria, nella percentuale del 80%, sebbene il Dirigente della PF competente, sentito al riguardo dal Nucleo, dichiara che effettivamente il mancato raggiungimento dell'obiettivo al 100% è dipeso dal mancato invio dei dati richiesti da parte della sola AV5, poiché tale zona è tra quelle fortemente interessate dall'emergenza sisma, l'obiettivo può considerarsi raggiunto, pertanto il punteggio assegnato è pari a **1**;
- sub-obiettivo: 3.5 (*Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
- sub-obiettivo: 3.6 (*Medicina legale*)
 - *Num. giorni medi di attesa visita I.C. / Num. giorni max attesa previsti*, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
 - *Num. giorni medi di attesa visita L. 104 / Num. giorni max attesa previsti*, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- sub-obiettivo: 3.7 (*Applicazione Legge 38/2010*)
 - *Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del dolore - Valutazione applicazione DGR 325/2015, Attività svolte per l'avvio della rete per le cure palliative - Valutazione applicazione DGR 846/2014*, “rispetto del target vincolante 1 obiettivo su 2”, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
 - *Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche - Valutazione applicazione DGR 1385/2014*, risulta raggiunto da AOU, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
 - *Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori*, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**
- sub-obiettivo: 3.8 (*Riorganizzazione rete di laboratori analisi pubblici*), risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,5**;
- sub-obiettivo: 3.9 (*DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Attuazione della DGR 1/2015*); risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR, pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: **0,4**; AOU Riuniti di Ancona **0,4**; AO Marche Nord **0,4**; INRCA: **0,5**;
- sub-obiettivo: 3.10 (*DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Accessibilità ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale*) **non risulta raggiunto** dall'Asur, unica assegnataria pertanto il punteggio assegnato è pari a **0**;
- sub-obiettivo: 3.11 (*DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Servizi di mediazione interculturale presso i servizi sanitari SSR Marche*), risulta raggiunto dagli Enti cui è stato assegnato, pertanto il punteggio è pari a ASUR: **0,4**; AOU Riuniti di Ancona **0,4**; AO Marche Nord **0,4**;
- sub-obiettivo: 3.12 (*DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Attuazione DGR 857/2015*) risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR cui è stato assegnato, pertanto il punteggio è pari a ASUR: **0,2**; AOU Riuniti di Ancona **0,2**; AO Marche Nord **0,2**;
- sub-obiettivo: 3.13 (*DGR 736/2016 Implementazione attività di raccolta sangue plasma con associazionismo dei donatori volontari di sangue*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **1**

L'obiettivo 4 “Assistenza Farmaceutica”:

- sub-obiettivo 4.1 (*Aumento dell'uso dei farmaci di classe A con brevetto scaduto*) è stato raggiunto da: ASUR, AOU, Marche Nord, mentre non è stato raggiunto dall'INRCA, pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: **0,5**; AOU Riuniti di Ancona **0,75**; AO Marche Nord **1**; INRCA **0**;
- sub-obiettivo 4.2 (*Aumento dell'uso dei farmaci biosimilari*) risulta raggiunto da tutti gli Enti del SSR, pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR: **0,5**; AOU Riuniti di Ancona **0,75**; AO Marche Nord **1**; INRCA **1**;
- sub-obiettivo 4.3, (*Consumo antibiotici sul territorio*) assegnato solo ad ASUR **non è stato raggiunto**; pertanto il punteggio assegnato è pari a **0**.

L'obiettivo 5 “Prevenzione”:

- sub-obiettivo 5.1 (*Completamento attuazione DGR 1287 del 16.9.2013*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,70**;
- sub-obiettivo 5.2 (*attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 – 2018)*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,70**
- sub-obiettivo 5.3 (*realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP*) risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,40**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- sub-obiettivo 5.4 (*attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 – 2018)*), risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**
- sub-obiettivo 5.5 (*DGR 540/2015 screening neonatali visivo ed oculare*)
 - *tasso di copertura neonati sottoposti a screening*, risulta raggiunto da ASUR, AOU e Marche Nord, quali assegnatarie dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR **0,20**, AOU **0,50** e Marche Nord **0,50**;
 - *% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale*, risulta raggiunto da ASUR, AOU e Marche Nord, quali assegnatarie dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR **0,30**, AOU **0,50** e Marche Nord **0,50**;
- sub-obiettivo 5.6 *messa a regime sistema informativo "marche prevenzione"*, rispetto del target 3 indicatori su 4, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**
- sub-obiettivi 5.7 *Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib-* sub-obiettivo 5.8 *Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)*, sub-obiettivo 5.9 *Prevenzione salute nei luoghi di lavoro* e sub-obiettivo 5.10 *Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)*, rispetto del target 2 indicatori su 4, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**.
- sub-obiettivo 5.11: *Rispetto LEA per Screening Oncologi*
 - *% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella, % persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, % persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto, % di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza*, rispetto del target 3 indicatori su 4, risulta raggiunto da ASUR, all'89%, pertanto, in base al predetto criterio di cui alla DGR 1693/2018, il punteggio assegnato è pari a 0,89.
 - *"aumento delle persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto"* risulta raggiunto da ASUR, AOU e Marche Nord, quali assegnatarie dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a ASUR **0,20**, AOU **1** e Marche Nord **1**;

L'obiettivo 6 "Veterinaria e Sicurezza Alimentare ":

- sub-obiettivo 6.1 *completamento attuazione DGR 1287 del 16.9.2013* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,30**;
- sub-obiettivo 6.2 *attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,30**;
- sub-obiettivo 6.3 *Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/ 2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**;
- sub-obiettivo 6.4 *MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,60**;
- sub-obiettivo 6.5 *ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,40**;
- sub-obiettivo 6.6 *PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006* e sub-obiettivo 6.7 *FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di*

Res



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale risultano raggiunti da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**;

- sub-obiettivo 6.8 *ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,60**;
- sub-obiettivo 6.9 *CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati- articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**
- sub-obiettivo 6.10 *OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati*, risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,50**
- sub-obiettivo 6.11 *PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,30**;
- sub-obiettivo 6.12 *SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN* risulta raggiunto da ASUR, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,20**;
- sub-obiettivo 6.13 *(AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04)* risulta raggiunto da ASUR al 95%, quale unica assegnataria dello stesso, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0,29 su 0.30 assegnabile**.

Gli obiettivi assegnati al DIRMT 1.1-1.2-1.3 -3.1 -4.1 5.1 sono stati tutti raggiunti .

Nell'ambito del sub obiettivo 2.1:

- l'indicatore "*plasma di grado farmaceutico sacche*" non è stato raggiunto, pertanto il punteggio assegnato è pari a **0**;
- agli indicatori "Fattore VIII 1000 UI flac", "Fattore IX 1000UI flac" e "Complesso protrombinico 500 UI flac", alla luce della DGR 1693/2018, sono stati assegnati rispettivamente i seguenti punteggi: 1,76 (88%)- 1,70 (85%) - 1,80 (90%).
- i rimanenti indicatori sono da considerarsi tutti raggiunti.

Il COCIV ha preso atto, come dichiarato dai referenti dell'Amministrazione, che, rispetto alla programmazione prevista negli atti regionali, il processo di valutazione non ha presentato criticità particolari rispetto agli stakeholders, né vi sono stati significativi contenziosi

L'attribuzione del punteggio complessivo assegnato ai Direttori determina l'attribuzione del trattamento annuo lordo di risultato aggiuntivo (in misura non superiore al 20% del trattamento economico annuo lordo per tutte le Direzioni e in misura pari al 10% per il Direttore del DIRMT).

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

La sottoscritta dichiara, ai sensi dell'art. 47 del 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 DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

P
L

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Si propone pertanto l'adozione della presente deliberazione.

Il Responsabile del Procedimento
Anna Maria Lelii

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

La sottoscritta, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla legittimità ed alla regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara ai sensi dell'art. 47 del 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 DPR 62/2013 e della DGR 64/2014. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico del bilancio della regione.

Il Dirigente
Anna Maria Lelii

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

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

Il Dirigente
Lucia Di Furia

La presente deliberazione si compone di n. 17 pagine, di cui n. 4 di allegati.

Il Segretario della Giunta
Deborah Giraldi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1.

| | | VALUTAZIONE DIREZIONI GENERALI ANNO 2016 | | | | | | | |
|--|--|---|-------|-------|-------|---|--|--|--|
| | | AZIENDE | | | | | | | |
| | | ASUR | AOU | AO MN | INRCA | DIRMT | | | |
| OBIETTIVI ECONOMICI ANNO 2016 | 1.1 Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio | 35,00 | 35,00 | 35,00 | 35,00 | N.A. | | | |
| | 1.2 Rispetto del budget di costi | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 50 | | | |
| | 2.1 Spesa farmaceutica territoriale | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | N.A. | | | |
| | 2.2 Spesa farmaceutica ospedali | 1,50 | 1,50 | 1,50 | 1,50 | N.A. | | | |
| | 2.3 Spesa per dispositivi medici | 0,00 | 0,00 | 1,50 | 0,00 | N.A. | | | |
| | 3.1 Copertura turnover personale | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | N.A. | | | |
| | 3.2 Stabilizzazione del personale precario dirigenza e comparto sanità | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | N.A. | | | |
| | 3.3 Riduzione spesa personale con rapporto di lavoro flessibile | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | N.A. | | | |
| | 3.4 Riduzione strutture complesse e semplici | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | N.A. | | | |
| | RISPOSTO DEBITO INFORMATIVO VERSO IL MINISTERO DELLA SALUTE ED IL MEF | Assistenza domiciliare: Numero % di prime in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1 | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| | | Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro H | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| | | Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| | | Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2016 rispetto al 2015 | | | | | N.A. | | |
| | | Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| Salute mentale: Valutazione della coerenza del numero di assistiti rilevati con il flusso SISM e con il Modello STS24 | | | | | | N.A. | | | |
| Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati | | | | 2,00 | 2,00 | 2,00 | N.A. | | |
| Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24 | | 1,00 | | | | | N.A. | | |
| Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2016 rispetto al 2015 | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24 | | 1,00 | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| Assistenza semiresidenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24 | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| Valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri | | 0,50 | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | |
| Assistenza farmaceutica- Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei farmaci: Incidenza del costo dai Flussi medicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE | | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 1,80 | N.A. | | | |
| Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | N.A. | | | | |
| 1.2 Completezza Tabella 1C bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate | 0,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | | | | |
| 1.3 Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2016 (Dati per dichiarazioni dei redditi) | 0,50 | 1,50 | 1,50 | 1,50 | N.A. | | | | |
| 1.4 Garantire completezza dei flussi di dati | 0,50 | 2,00 | 2,00 | N.A. | N.A. | | | | |
| 1.5 Monitoraggio grandi apparecchiature: Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'Allegato 1 del DM 22 aprile 2014, in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2015 | 0,50 | 1,5 | 1,5 | 2,5 | 7,00 | 1.1 PIANO DI PRODUZIONE REGIONALE 2016 - SANGUE INTERO | | | |
| 1.6 Garantire il rispetto dei tempi di pagamento | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 7,00 | 1.2 PIANO DI PRODUZIONE REGIONALE 2016 - PLASMAFERESI | | | |
| 1.7 Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 7,00 | 1.3 PIANO DI PRODUZIONE REGIONALE 2016 - MULTICOMPONENT | | | |
| ASSIS - OSSPEDIALE | 2.1 Applicazione DGR 139/2016 Ospedali di Comunità | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | 1,50 | Plasma frazionato kg | | |
| | Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, dei posti letto derivanti dalla riconversione in Ospedali di Comunità agli standard della DGR 139/2016 | | | | | | Albumina 20% 50ml flac | | |
| | Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, delle Attività e Servizi previsti nelle schede degli Ospedali di Comunità secondo gli standard della DGR 139/2016 | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | 2,00 | Plasma 5 flac | | |
| | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) | | | | | 2,00 | Fattore VIII 1000 UI flac | | |
| | % parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con progresso parto cesareo negli 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000 | | | | | 1,76 | Fattore IX 1000 UI flac | | |
| | % parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con progresso parto cesareo negli 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti > 1000 | | | | | 1,70 | Cristallo di sodio citrato 500ml UI | | |
| | % parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN | | | | | 1,80 | AT II UI flac | | |
| | Appropriately clinico-assistenziale/ostetrica | | | | | 2,00 | Plasma di grado farmaceutico litico | | |
| | % pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 1,50 | 4,92 | 5,00 | 3,76 | 0,00 | 3.1 DGR 634/2013 e DGR 389/2011 AGGIORNAMENTO PERCORSI FORMATIVI E ADEGUAMENTO DEI MODELLI ORGANIZZATIVI | | |
| | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario | | | | | 6,00 | 1. V Corso di formazione per medici e infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in affreschi; 2. Retraining per il personale (medici ostetrici, ostetriche, medici e tecnici trasfusionali) per la raccolta SCO. | | |
| | % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (inclusi DRG ad alto rischio di inappropriately) | | | | | | 4.1 INFORMAZIONE DELLA POPOLAZIONE PER LE DONAZIONI DI SANGUE | | |
| | % Ricoveri in DH medico di diagnostici/ricoveri in DH medico | | | | | 5,00 | | | |
| | % DRG Medici da reparti chirurgici | | | | | | | | |
| | % Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni | | | | | | | | |
| Degenza media pre-operatoria | | | | | | | | | |
| Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione | 1,00 | N.A. | N.A. | 3,00 | 3,00 | 5.1 CAPITOLATO TECNICO AFFIDAMENTO CONTO LAVDRO PLASMA | | | |

Le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | AZIENDE | | | | | |
|---|---|---|------|--------|-------|-------|------|
| | | ASUR | AOU | AO MIN | INRCA | DIRMT | |
| 2 | 2.3 Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 | Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 100 interventi annui | 1,48 | 4,00 | 4,00 | 2,99 | N.A. |
| | | % pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in regime ordinario | | | | | |
| | | Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 150 interventi annui | | | | | |
| A S S O S P E D A L I E R A | 2.4 Rendicontazione obiettivi prioritari di rilievo nazionale 2016 (DGR 648/2016) | Produzione di reportistica attestante la presenza di una rendicontazione analitica su ogni singolo progetto. | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 1,00 | N.A. |
| | | Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso (prima visita /esame o controllo) per tutte le prestazioni previste dal PNGIA | 1,50 | 3,00 | 3,00 | 2,50 | N.A. |
| | | Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di slot dedicati nelle agende di oncologia/neuro, diab, nefr, cardio per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up | | | | | |
| E M U R G E N Z A | 2.5 Applicazione DGR 808/2016 Tempi di Attesa /Ottimizzazione offerta visite specialistiche Prime visite/prestazioni strumentali | Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi" | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | N.A. |
| | | Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA | | | | | |
| | | Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica, visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale | | | | | |
| | | Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGIA | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | N.A. |
| | | Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGIA | 0,50 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | N.A. |
| O B I E T T I V I S A N I T A R I | 3.1 Demenza/Alzheimer Residenziale | definizione dei criteri di inclusione/esclusione nel setting R2D ed R3.1 di cui alla dgr 1331/2014 | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 3.2 Demenza/Alzheimer Semi Residenziale | definizione dei criteri di inclusione/esclusione nel setting SRD ed SR di cui alla dgr 1331/2014 | 0,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 3.3 Assistenza residenziale e semiresidenziale DGR 1331/2014 e DGR 289/2015 | Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 3.4 Cure Domiciliari | Percentuale di anziani > 65 anni valutati con il sistema RUG III HC | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 3.5 Superamento OPG | Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 3.6 Medicina legale | Num. giorni medi di attesa visita i.C. / Num. giorni max attesa previsti | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | | Num. giorni medi di attesa visita L. 104 / Num. giorni max attesa previsti | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 3.7 Applicazione Legge 38/2010 | Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del dolore - Valutazione applicazione DGR 325/2015 | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| Attività svolte per l'avvio della rete per le cure palliative - Valutazione applicazione DGR 846/2014 | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 3.8 Riorganizzazione rete di laboratori analisi pubblici | Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche - Valutazione applicazione DGR 1385/2014 | N.A. | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 3.9 DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Attuazione della DGR 1/2015 | Predisposizione di atti propedeutici alla riorganizzazione dei laboratori analisi in ottica di Area Vasta geograficamente intesa interaziendale | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 3.10 DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Accessibilità ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale | Attuazione punti a), b), c), d) DGR 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d) | 0,40 | 0,40 | 0,40 | 0,50 | N.A. | |
| 3.11 DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Servizi di mediazione interculturale presso i servizi sanitari SSR Marche | n. sedi, n. ore, n. giorni apertura | 0,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 3.12 DISEGUAGLIANZE / IMMIGRATI Attuazione DGR 857/2015 | Dispositivo della Mediazione interculturale secondo linee guida regionali Circolare Sanità 21/3/2013; Prot. 570/ARS/ARS/P e normative di riferimento per AAN/AADO | 0,40 | 0,40 | 0,40 | N.A. | N.A. | |
| | | Indicatori di cui al punto d), a), f), g), h), i), j), k) art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 | 0,20 | 0,20 | 0,20 | N.A. | N.A. |

Del



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | | AZIENDE | ASUR | AOU | AO MN | INRCA | DIRMT | |
|--|--|--|---------|------|------|-------|-------|-------|------|
| | 3.13 DGR 736/2016 Implementazione attività di raccolta sangue plasma con associazionismo dei donatori volontari di sangue | Avvio procedure per ampliamento attività di raccolta sangue plasma con associazionismo dei donatori volontari di sangue entro 31.12.2016 | | 1,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 4 ASSISTENZA FARMACI CEUTICI | 4.1 Aumento dell'uso dei farmaci di classe A con brevetto scaduto | | | 0,50 | 0,75 | 1,00 | 0,00 | N.A. | |
| | 4.2 Aumento dell'uso dei farmaci biosimilari | | | 0,50 | 0,75 | 1,00 | 1,00 | N.A. | |
| | 4.3 Consumo antibiotici sul territorio | | | 0,00 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| O B I E T T I V I S A N I T A R I P R E V E N Z I O N E | 5.1 completamento attuazione DGR 1287 del 16.9.2013 | organizzazione Dipartimenti di Prevenzione in AV | | 0,70 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | 5.2 attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018) | raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 modif. 202/16 | | 0,70 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | 5.3 realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP | n. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare | | 0,40 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | 5.4 attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018) | formalizzazione piano attuativo programmi 1 - 4 PRP in ciascuna AV. per l'anno 2017 | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | 5.5 DGR 540/2015 screening neonatali visivo ed oculare | tasso di copertura neonati sottoposti a screening | | | 0,20 | 0,50 | 0,50 | N.A. | N.A. |
| | | % inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale | | | 0,30 | 0,50 | 0,50 | N.A. | N.A. |
| | 5.6 messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" | implementazione sistema screening | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | | implementazione anagrafe vaccinale informatizzata | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | | integrazione registro informatizzato idoneità sportive con cartella sanitaria medicina dello sport | | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | | implementazione area TSL e notifiche art. 99 on line | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 5.7 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| 5.8 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 5.9 Prevenzione salute nei luoghi di lavoro | Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 5.10 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| 5.11 Rispetto LEA per Screening Oncologi | % persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | % persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | % persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto | | | 0,89 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | |
| | % di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) al round successivi a quello di prevalenza | | | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto | | | 0,20 | 1,00 | 1,00 | N.A. | N.A. | |

P
res

M



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

| | | AZIENDE | ASUR | AOU | AO MN | INRCA | DIRMT |
|---|---|---------|-------|-------|--------|-------|-------|
| O B I E T T I V I S A N I T A R I | 6.1 completamento attuazione DGR 1287 del 16.9.2013 | | 0,30 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.2 attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018) | | 0,30 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.3 Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008) | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.4 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 | | 0,60 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.5 ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 | | 0,40 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.6 PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.7 FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale | | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.8 ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report | | 0,60 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.9 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE - somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati- articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95 | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.10 OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati. | | 0,50 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.11 PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04 | | 0,30 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.12 SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN | | 0,20 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | 6.13 AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04 | | 0,29 | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| TOTALE OBIETTIVI SANITARI | | | 36,36 | 39,92 | 40,00 | 35,55 | 47,76 |
| TOTALE OBIETTIVI SANITARI STERILIZZATI | | | 1,00 | | | 3,00 | |
| TOTALE OBIETTIVI ECONOMICI | | | 55,00 | 55,00 | 56,50 | 55,00 | 50,00 |
| TOTALE OBIETTIVI ECONOMICI STERILIZZATI | | | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | |
| TOTALE PUNTEGGIO | | | 95,86 | 98,42 | 100,00 | 97,05 | 97,76 |

Res