



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 189 LEGISLATURA N. X

seduta del

16/04/2018

pag.

1

delibera

470

DE/PR/SAS Oggetto: Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del
O NC SSR per l'anno 2018

Prot. Segr.
524

Lunedì 16 aprile 2018, nella sede della Regione Marche, ad Ancona,
in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale,
regolarmente convocata.

Sono presenti:

- LUCA CERISCIOLI
- MANUELA BORA
- LORETTA BRAVI
- FABRIZIO CESETTI
- MORENO PIERONI
- ANGELO SCIAPICHETTI

Presidente
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore
Assessore

E' assente:

- ANNA CASINI

Vicepresidente

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la
Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste
alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Deborah Giraldi.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli.

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

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente
del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
470

OGGETTO: Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole, di cui all'art. 16, comma 1, lett. d), della L.R. 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che attesta che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa;

VISTO l'art. 28 dello Statuto della Regione Marche;

con la votazione, resa in forma palese, riportata a pag. 1;

DELIBERA

- di assegnare gli obiettivi sanitari per l'anno 2018 come definito nell'Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Ginaldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Luca Ceriscioli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- **Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68** - *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;*
- **Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118** - *Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;*
- **Intesa Governo - Regioni n. 82/CSR del 10/07/2014** - *Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (di seguito Patto per la Salute 2014-2016);*
- **Intesa Governo - Regioni n. n. 113/CSR del 2/7/2015** - *Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario;*
- **Legge 6 agosto 2015, n. 125** - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.*
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208** - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).;*
- **Decreto 2 aprile 2015, n. 70** - *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;*
- **Decreto 21 giugno 2016.** - *Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici;*
- **LEGGE 11 dicembre 2016, n. 232** - *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019;*
- **DGR n. 716 del 22/06/2017** - *Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502". Recepimento e prime disposizioni attuative;*
- **DGR n. 1616 del 28/12/2017** - *L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Assegnazione delle risorse agli Enti del SSR e al DIRMT per l'anno 2017. Disposizioni per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2017 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2017-2019 degli Enti del SSR;*
- **DGR n. 1617 del 28/12/2017** - *L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2018.*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

MOTIVAZIONI ED ESITO DELL'ISTRUTTORIA

Gli obiettivi sanitari vengono definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base delle attività programmatiche di rilievo per la sanità regionale. In particolare la definizione degli indirizzi e degli obiettivi di budget è rivolta a dare i necessari input attuativi per accelerare l'implementazione delle azioni di sviluppo del sistema socio-sanitario attraverso l'individuazione delle linee prioritarie di intervento. Tutti gli Enti del SSR sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA e degli adempimenti monitorati dal Ministero della Salute sia per la parte economica che per la parte sanitaria. A tali azioni prioritarie si legano necessariamente gli indicatori che consentono di effettuare il conseguente monitoraggio delle stesse.

Gli Enti del SSR hanno l'obbligo di ottemperare alle disposizioni stabilite dal MEF, dal Ministero della Salute e dalla Regione per soddisfare gli adempimenti previsti dalla normativa vigente. Il rispetto degli adempimenti, a tutti i livelli istituzionali, costituisce un obiettivo fondamentale sia della Regione verso il livello centrale nazionale, sia degli Enti del SSR verso la Regione. Il mancato rispetto degli adempimenti verso il livello centrale nazionale comporterebbe, infatti, una decurtazione della quota di riparto del FSN fino al 3% dell'importo spettante alla Regione, con la conseguente minore disponibilità di risorse per l'intero sistema sanitario.

Il Patto per la salute 2014-2016, al comma 6 dell'articolo 10, indica che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA stabiliti per i direttori generali costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'art. 3-bis, comma 7 del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i., con la previsione di decadenza automatica dei direttori generali. La verifica dell'adempimento, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La scelta degli obiettivi e dei relativi indicatori di misurazione è 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. Gli obiettivi sono inoltre orientati 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 ad affrontare tutte le situazioni di criticità, sia in termini sanitari che economici, che tuttora si manifestano in specifiche aree di attività e che devono essere oggetto di monitoraggio e valutazione al fine di garantire i LEA.

L'ampiezza degli obiettivi e degli indicatori formulati tiene conto della necessità di cogliere il maggior numero dei fenomeni che insistono sulle condizioni di erogazione di servizi e prestazioni a favore dei cittadini.

In Allegato A sono riportati gli obiettivi sanitari assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2018, che in larga misura risultano quindi collegati:

- agli obiettivi stabiliti in termini di adempimenti assegnati dai Ministeri della Salute e dell'Economia per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005, con particolare attenzione alla qualità, completezza e tempestività nell'invio dei flussi informativi obbligatori ed agli obiettivi della "Griglia LEA";
- agli impegni previsti dal regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70;
- alle azioni finalizzate al mantenimento del posizionamento regionale tra quello delle regioni "benchmark" per la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, di cui al Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

- al rispetto dei vincoli e delle condizioni stabilite per evitare il ricorso ai piani di rientro aziendale di cui all'articolo 1, comma 524 e ss., della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici, di cui al Decreto 21 giugno 2016;
- alla necessità di incrementare la capacità produttiva di prestazioni e servizi, in logica di appropriatezza e riduzione della mobilità passiva, a fronte dell'incremento di risorse messo a disposizione degli Enti del SSR nell'ambito dell'assegnazione del budget per l'anno 2018.

Nella tabella in Allegato A che riporta gli obiettivi sanitari assegnati agli Enti del SSR, gli obiettivi per gli Enti sono suddivisi nelle seguenti macro-aree:

- Completezza, Qualità e Tempestività nell'invio dei Flussi Informativi
- Griglia LEA, relativamente alle seguenti Aree:
 - o Prevenzione
 - o Veterinaria e Sicurezza Alimentare
 - o Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza
 - o Assistenza Distrettuale/Territoriale, Integrazione Ospedale-Territorio e Integrazione Sociosanitaria
 - o Assistenza Farmaceutica;
- Prevenzione
- Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza
- Attività Trasfusionale
- Assistenza Distrettuale/Territoriale, Integrazione Ospedale-Territorio e Integrazione Sociosanitaria
- Assistenza Farmaceutica
- Risorse Umane
- Informatica
- Investimenti, Beni e Servizi

Ogni macro area è suddivisa in sub-obiettivi per ciascuno dei quali è riportato uno o più indicatori con cui misurare i risultati raggiunti. Per ogni indicatore è stato stabilito il target da raggiungere per ciascun Ente.

In data 09/03/2018, la prima versione parziale dell'elenco degli obiettivi sanitari per l'anno 2018 è stata trasmessa agli Enti del SSR dal Servizio Sanità. Il Dirigente del Servizio ha incontrato in data 19/03/2018 le Direzioni generali degli Enti del SSR per il confronto sui criteri di scelta di obiettivi ed indicatori. A seguito di tale incontro, in data 20/03/2018 ed in data 21/03/2018, il Servizio Sanità ha trasmesso agli Enti del SSR rispettivamente l'elenco aggiornato degli obiettivi sanitari e i "target" assegnati a ciascun ente sui singoli indicatori. In data 28/03/2018, tale elenco è stato ulteriormente aggiornato e ri-trasmesso agli Enti dal medesimo Servizio, a fronte delle osservazioni pervenute su indicatori e target. In data 30/03/2018, infine, sulla base delle considerazioni emerse durante l'incontro del 29/03/2018 tra il Dirigente del Servizio Sanità e le Direzioni generali degli Enti del SSR, è stata comunicata la versione definitiva degli obiettivi.

La sottoscritta, in relazione al presente provvedimento, 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. 6bis della L.241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Per tutto quanto sopra, si propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione.

Il responsabile del procedimento
(Lucia Di Furia)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

La sottoscritta esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

La sottoscritta, in relazione al presente provvedimento, 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. 6bis della L.241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Dirigente
(~~Luca Di Furia~~)

La presente deliberazione si compone di n. 33 pagine, di cui n. 27 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta
(~~Deborah Giraldi~~)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

*Allegato A***Obiettivi sanitari anno 2018****COMPLETEZZA, QUALITA' E TEMPESTIVITA' NELL'INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI**

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
P 1	Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari soggetti ad interconnessione come da DM 262/2016 (DGR 248/2018)	Flusso SDO, EMUR (PS, 118), SIAD, FAR, SISM, HOSPICE, SIND, Sistema TS (Specialistica), Farmaci in DD e in DPC, CEDAP	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018, secondo le scadenze previste nella medesima DGR	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018, secondo le scadenze previste nella medesima DGR		100%	100%	100%	100%
P 2	Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera	File H	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)		100%	100%	100%	100%
P 3	Assistenza residenziale e semi-residenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17	Rilevazione ad hoc	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Report trimestrali (disaggregati per Area Vasta) attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali 2018, con i quantitativi di ordini e fatture distinti per codici prodotto e per codici ORPS nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		≥ 70%	NO	NO	NO
P 4	Flusso FAR; Utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014, DGR 139/2016 e DGR 746/2016)	Flusso FAR	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR		100%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
P 5	Completezza Tabella IC.bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale Adempimenti LEA c.2 e 3	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis	Num. Totale strutture private accreditate	100%	NO	NO	NO
P 6	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionali	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionali presenti negli archivi aziendali (anno 2017)	100%	100%	100%	NO
P 7		Schede Cause di morte	Registrazione schede cause di morte anno 2016	Numero schede cause di morte registrate anno 2016	Numero totale schede cause di morte anno 2016	100%	NO	NO	NO
P 8	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE: Voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voci B.1.A.3.1)	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	≥ 65%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
P 9	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2018 (Dati per dichiarazione dei redditi)	SIA; CUP	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2018 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2018	100%	100%	100%	100%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
P 10	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche alla data del 31/12/2017	Flusso grandi apparecchiature - Adempimenti LEA	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i. censite nei nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, c. 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i. collaudate nell'anno 2018	100%	100%	100%	100%
P 11		Flusso grandi apparecchiature Adempimenti LEA c.16	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche al 31/12/2017 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche al 31/12/2018, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche al 31/12/2018	100%	100%	100%	100%
P 12	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata	File D (DPC), File F, File H, CE	Coerenza trimestrale tra valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H e valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE BA0040	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE (BA0040)	Tra 95% e 105%	Tra 95% e 105%	Tra 95% e 105%	Tra 95% e 105%
P 13	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Enti SSR Adempimenti MEF	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		<=0	<=0	<=0	<=0
P 14	Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti	MEF Adempimenti MEF	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture	75%	95%	95%	95%
P 15	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Rilevazione ad hoc	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti		Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

GRIGLIA LEA - PREVENZIONE

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
16	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	NO	NO	NO
17		Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	NO	NO	NO
18		Piattaforma FLUFF [ISS], ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione ultra 65enni residente	≥ 75%	NO	NO	NO
19	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG)	% 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 2018 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2018	> 50%	NO	NO	NO
20			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2018 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2018	> 45%	NO	NO	NO
21			% 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 2018 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2018	> 40%	NO	NO	NO
22	Realizzazione sorveglianza PASSI	ARS su dati ASUR	N. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare	N. interviste effettuate	N. interviste da effettuare	≥ 90%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

GRIGLIA LEA - VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
23	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAN n.1618 del 28/01/2013	SIVA-VETINFO (NSG)	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%	NO	NO	NO
24			% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	NO	NO	NO
25	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	SIVA-VETINFO (NSG)	% Aziende e % Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende e N. Capi ovi-caprini controllati	N. totale aziende e N. totale capi ovi-caprini	> 3% delle aziende e > 5% dei capi	NO	NO	NO
26			% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R - art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%	NO	NO	NO
27	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep212, concernente Linee guida controllo ufficiali ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n.15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione")	SIVA-VETINFO (NSG)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100 % in ciascuna matrice alimentare e 100 % in ciascuna fase	NO	NO	NO
28	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA-VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

GRIGLIA LEA - ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
29	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	-36%	- 18%	≤ 2017	≤ 2017
30		Flusso SDO (NSG)	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	- 6%	- 20%	≤ 2017	≤ 2017
31		Flusso SDO (NSG)	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	≤ 0,17	≤ 0,18	≤ 0,13	≤ 0,13
32		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	< 21%	NO	< 25%	NO
33		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	< 20%	< 25%	NO	NO
34		Flusso CEDAP (NSG)	N. Parti fortemente pretermine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		< 2017	NO	< 2017	NO
35		Flusso CEDAP (NSG)	% Parti pretermine tardivi	N. Parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Totale parti	≤ 5%	Riduzione del 10% rispetto all'anno 2017	≤ 5%	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
36	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	≥ 65%	≥ 75%	≥ 75%	NO
37	Pronto Soccorso	Flusso EMUR/118 (NSG)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18 minuti	NO	NO	NO

GRIGLIA LEA - ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
38	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG)	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 1	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 1 (0,14 - 0,30)		≥ 6.120	NO	NO	NO
39	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG)	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 2	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 2 (0,31 - 0,50)		≥ 3.770	NO	NO	NO
40	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG)	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 3	N. prese in carico (PIC) domiciliari integrate per pazienti residenti con CIA 3 (0,51 - 0,60)		≥ 590	NO	NO	NO
41	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG)	N. residenti anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 65 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		≥ 10.600	NO	NO	NO



16 APR. 2018

14

delibera

470

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
42	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG)	% 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%	NO	NO	NO
43	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SISIM (NSG)	N. contatti con i DSM per soggetti residenti di età ≥ 18 anni	N. Soggetti residenti di età ≥ 18 anni con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) e le Strutture private accreditate.		> 21.850	NO	NO	NO

GRIGLIA LEA - ASSISTENZA FARMACEUTICA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
44	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Flusso farmacie convenzionate, File F (NSG)	Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC J01) anno 2018) - (N° DDD (ATC J01) anno 2017)	(N° DDD (ATC J01) anno 2017)	-11%	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PREVENZIONE

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
45	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	NO	NO	NO
46		Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	NO	NO	NO
47		Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG)	Copertura vaccinale anti-HPV	Numero di bambine nel corso del 12° anno di vita, vaccinate con cicli completi	Numero di bambine della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	NO	NO	NO
48		Anagrafe vaccinale informatizzata	Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte nati 2018	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningo B	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 30%	NO	NO	NO
49		ASUR - Rilevazione ad hoc	Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enne	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antipneumococcica	Popolazione 65enni residente	≥ 55%	NO	NO	NO
50	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA) (NSG)	% 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	N° dei cancro invasivi screen-detected	N° di tutti i cancro screen-detected * 100	< 25%	NO	NO	NO
51		Rispetto PRP 2016-2018	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV	Avvio su tutte AAVV	NO	NO	NO
52			% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro mammella su base eredo-familiare	N° AAVV con percorso cancro mammella su base eredo-familiare attivato	Totale AAVV	Avvio su tutte AAVV	Esecuzione marcatori per le AAVV attivate	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
53	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. Aziende controllate	N aziende con almeno 1 dipendente	> 5%	NO	NO	NO
54	Sicurezza dei prodotti chimici: Controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	ASUR (NSG)	% controlli effettuati su controlli programmati	N. di controlli effettuati	N. di controlli programmati	≥ 95%	NO	NO	NO
55	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	Flusso CEDAP	Tasso di copertura neonati sottoposti a screening	N. neonati sottoposti a screening / N. neonati dimessi		95%	95%	95%	NO
56			% Inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	N. neonati con dati inseriti in sistema informativo / N. neonati sottoposti a screening		95%	95%	95%	NO
57	Attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	ASUR	Raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 modif. 202/16	Valori previsti per anno 2018 descritti in all. A DGR 202/16. (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11)		relazione ASUR	NO	NO	NO
58	Implementazione sistema informativo "marche prevenzione" entro il 31/12/2018	ARS su dati ASUR	Implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	Messa a regime in tutte le AA.VV.		Relazione direzione generale ASUR	NO	NO	NO

VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
59	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100 % delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95 % dei campioni svolti per ciascun programma	NO	NO	NO
60	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	SIVA-VETINFO (NSG)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	≥ 85 %	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
61	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	SIVA-VETINFO (NSG)	% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini e caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 85% di ovini e ≥ 70 % di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	NO	NO	NO
62	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	SIVA-VETINFO (NSG)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	NO	NO	NO
63	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	SIVA-VETINFO (NSG)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>60 % dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	NO	NO	NO
64	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	ASUR (NSG)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100 % del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	NO	NO	NO
65	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	SIVA-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	NO	NO	NO
66		SIVA-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	NO	NO	NO
67		SIVA-VETINFO (NSG)	% controlli per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	NO	NO	NO
68	Attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	ASUR	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 2018 descritti in all. A DGR 202/16. (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11)		Relazione ASUR	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
69	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bi-valvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	SIVA-VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	NO	NO	NO
70	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	ASUR - Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2018		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	NO	NO	NO
71	FARMACOSORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n. 193/2006. Nota DGSF n. 1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSF n. 13986 del 15/07/2013	SIVA-VETINFO	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art. 68 comma 3, art. 71 comma 3, art. 70 comma 1, art. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n. 193/2006	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	Attività comprendente almeno il 90 % degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	NO	NO	NO
72	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n. 14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	SIVA-VETINFO	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	> 90 % delle coppie micotossine/matrice previste dalle tabelle 2 e 3 del PNMA (programmi di campionamento) con almeno il 90 % dei campioni svolti per ciascuna coppia	NO	NO	NO

ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
73	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITÀ PASSIVA	Flusso SDO	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	($\sum$ DRG in R.O. 2018) - ($\sum$ DRG in R.O. 2017)	($\sum$ DRG in R.O. 2017)	>2017 ($\sum$ DRG 149, 303, 481, 541, 569, 520)	>2017 ($\sum$ DRG 2, 75, 104, 105, 110, 111, 149, 303, 481, 515, 541, 544, 569, 570)	>2017 ($\sum$ DRG 2, 75, 105, 110, 111, 149, 303, 481, 515, 541, 544, 569, 570)	>2017 ($\sum$ DRG 149, 303, 515, 569, 570)
74		Flusso SDO	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG ≥ 2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	>2017	>2017	>2017	>2017



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
75	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO / File C	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2018) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017)	>2017	>2017	>2017	>2017
76	Pronto Soccorso	Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO
77		Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO
78		Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di adulti residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) di adulti (età > 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO
79		Flusso EMUR	Monitoraggio degli accessi in PS ore notturne, festivi e prefestivi di minori residenti con codice di dimissione bianco/verde	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, relativa al monitoraggio degli accessi nei giorni festivi e prefestivi e nei giorni feriali (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) di minori (età ≤ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco e verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO
80		Flusso EMUR / 118	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro e oltre 30 minuti	>2017	>2017	>2017	NO
81		Flusso EMUR / 118	% pazienti con codice verde visitati entro 60 minuti	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro 60 minuti	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 60 minuti	>2017	>2017	>2017	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera

470

Pro g.	Sub- obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
82	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG, Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< 2017	NO	NO	< 2017
83		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 60% per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento
84		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 50% per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	Assenza di interventi per tumore della mammella
85		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Interventi per tumore della mammella: % nuovi Int. di resezione entro 120 gg da Int. conservativo	N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella	N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella	≤ 12% per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO
86		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus Ischemico	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ 14% per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento
87		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dai ricoveri per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	≤ 12% per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
88	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 giorni per intervento di <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	Numero totale ricoveri per <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	NO	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO	NO
89		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ 35%	≤ 38%	≤ 26%	≤ 6%
90		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	≥ 42%	≥ 53%	≥ 42%	≥ 2017
91		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 22,5%	≤ 22,5%	≤ 22,5%	≤ 19%
92		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%
93		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,40	≤ 1,70	≤ 1,10	≤ 1,50
94		Flusso SDO (Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< 2017	NO	NO	< 2017
95		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 90 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	≥ 50% per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ 50% per ciascun stabilimento



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub- obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
96	Miglioramento qualità clinica, appro- priatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in U.O. con volumi > 75 casi annui	Numero di interventi per frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	> 95%	> 95%	> 95%	NO
97		Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%
98		Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di interventi per by pass aorto-coronarico eseguiti in U.O. con volumi > 200 casi annui	Numero di interventi per by pass aorto-coronarico eseguiti in reparti con volumi > 200 casi annui	Numero totale ricoveri per by pass aorto-coronarico	NO	100%	NO	NO
99		Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	> 75%	> 75%	> 75%	> 75%, a partire dalla data di avvio delle PTCA
100		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	≥ 25% per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≥ 35% per ciascun stabilimento, a partire dalla data di avvio delle PTCA
101		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	Mortalità a 30 giorni (aggiustata per gravità) per intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	Numero totale ricoveri intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	NO	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO	NO
102		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	Int. TM polmone: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub- obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
103	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	< 8% per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	< 2017 per ciascun stabilimento
104		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Parto naturale: % complicanze	N° ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto naturale	≤ 0,7% per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO
105		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Parto cesareo: % complicanze	N° ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto cesareo	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO
106		Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Frattura tibia e perone: Tempo mediano attesa per int.	T. attesa mediano da ricovero a int. per frattura della tibia e/o della fibula		NO	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	NO
107	Donazione organi e tessuti	Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	Donazione di organi: N. donatori procurati di organi in morte encefalica	N. donatori di organi in morte encefalica	N. pazienti deceduti con accertamenti di morte neurologica	≥ 2017	≥ 2017	≥ 2017	NO
108		Flusso SDO, Sistema Informativo Trapianti (NSG)	Donazione di organi: % Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolazione acuta in rianimazione	N. accertamenti di morte con criteri neurologici	Pazienti deceduti entro 15 giorni dal ricovero con lesione cerebrale acuta in rianimazione	≥ 2017	≥ 2017	≥ 2017	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
109	Donazione organi e tessuti	Sistema Informativo Trapianti (NSG)	% Donatori di tessuti sottoposti ad accertamento di morte sugli accertamenti di morte	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte a cui sia stata prelevata almeno una tipologia di tessuto (muscolo-scheletrico, vasi, valvole, cute e sottocutaneo e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte	≥ 2017	≥ 2017	≥ 2017	NO
110		Rilevazione ad hoc	Predisposizione di un progetto per la raccolta Cornee	Predisposizione di un progetto per la raccolta Cornee		NO	NO	NO	Predisposizione progetto
111			Attuazione DGR 982/2016	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche		Predisposizione protocolli	NO	NO	NO
112	Trapianti d'organo	Rilevazione ad hoc	N. pazienti residenti in lista d'attesa per trapianto d'organo	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione relativa al n. pazienti residenti in lista d'attesa per trapianto d'organo (rene, pancreas, cuore, fegato, polmone, intestino)		NO	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO	NO
113		Rilevazione ad hoc	Tempo medio di attesa per trapianto d'organo	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione relativa al rapporto tra Σ Tempo di attesa di ogni paziente iscritto in lista al 31/12/2018 e Totale pazienti iscritti in lista al 31/12/2018		NO	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO	NO
114		Rilevazione ad hoc	Monitoraggio della % di pazienti residenti trapiantati per singolo organo	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione relativa al n. pazienti residenti in regione, iscritti in lista di attesa che ottengono un trapianto		NO	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	NO	NO
115	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta	Flusso SDO	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436)) sottoposti a trombolisi e.v. (ICD9-CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436))	≥ 2017	≥ 2017	≥ 2017	≥ 2017



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub- obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
116	MONITORAGGIO PDТА Attua- zione DGR 988/16 Trauma grave	Rilevazio- ne ad hoc	Produzione di re- portistica indicante l'efficacia del per- corso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017	NO	NO	NO
117				N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017	NO	≥ 2017	NO
118				N° pazienti con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017	NO	≥ 2017	NO
119	IMPLE- MENTA- ZIONE PDТА REGIONALI	Rilevazio- ne ad hoc	Recepimento e attivazione PDТА regionali entro 2 mesi dalla pubbli- cazione	N° PDТА regionali recepiti con atto formale	N° PDТА regionali	100%	100%	100%	100%
120		Rilevazio- ne ad hoc	Audit interni mul- tidisciplinari	N° audit interni multidisciplinari	N° PDТА regionali	Almeno 2 au- dit previsti per ogni PDТА	Almeno 2 au- dit previsti per ogni PDТА	Almeno 2 au- dit previsti per ogni PDТА	Almeno 2 audit previsti per ogni PDТА

ATTIVITA' TRASFUSIONALE

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominato- re	Target DIRMT / ASUR	Target AOU Anco- na	Target AO MNord	Target INRCA
121	Autosufficienza di emocompo- nenti "driver"	Centro Na- zionale San- gue (SISTRA) (NSG)	% N. unità globuli rossi prodotti rilevati nell'anno su N. unità globuli rossi prodotti programmati nel programma annuale di autosufficienza	N. unità glo- buli rossi prodotti rile- vati nell'anno	N. unità glo- buli rossi pro- dotti pro- grammati nel programma annuale di autosufficien- za	≤ 2% [Target DIRMT]	NO	NO	NO
122	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuli- ne, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Centro Na- zionale San- gue (SISTRA) (NSG)	% Kg di plasma prodotti rilevati nell'anno su Kg di plasma programmati nel programma annuale di autosufficienza	Kg di plasma prodotti rile- vati nell'anno	Kg di plasma programmati nel program- ma annuale di autosufficien- za	≤ 2% [Target DIRMT]	NO	NO	NO
123	Piano di produ- zione regionale 2018 - Sangue e Plasma	Centro Na- zionale San- gue (SISTRA)	Piano di produzione re- gionale 2018 - Sangue Intero	Produzione sangue intero an- no 2018		> 77.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
124			Piano di produzione re- gionale 2018 - Plasmafe- resi	Produzione plasmaferesi anno 2018		> 20.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
125			Contribuzione all'autosuf- ficienza nazionale	N. Unità emazie messe a di- sposizione per l'autosufficien- za nazionale		≥ 1.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target DIRMT / ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
126	Piano di lavorazione industriale 2018 - Produzione farmaci	Report CNS - Kedrion	Plasma Frazionato Kg	Produzione plasma frazionato Kg		> 35.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
127			Albumina 20% 50 ml flac	Produzione albumina 20% 50 ml flac		> 84.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
128			Ig Vena 5 g flac	Produzione ig vena 5 g flac		> 23.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
129			Fattore VIII 1000 UI flac	Produzione fattore VIII 1000 UI flac		> 3.000 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
130			Plasma di Grado Farmaceutico sacche	Produzione plasma di grado farmaceutico sacche		Garantire la richiesta regionale o > 6.000 Target DIRMT]	NO	NO	NO
131	Aggiornamento percorsi formativi e adeguamento dei modelli organizzativi	Rilevazione ad hoc	VII Corso di formazione per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi	Effettuazione VII Corso di formazione per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi		Effettuazione corso entro 10/2018 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
132			Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO	Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO		Effettuazione corso entro 11/2018 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
133	Potenziamento dell'offerta	Rilevazione ad hoc	Campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS	Prosecuzione delle campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS e Progetto incentivazione per incremento donatori		Prosecuzione delle campagne promozionali [Target DIRMT]	NO	NO	NO
134			Incremento dei nuovi donatori	N° nuovi donatori rispetto al 2017		Incremento di almeno 4.000 nuovi donatori rispetto al 2017 [Target DIRMT]	NO	NO	NO
135			Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione col l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV		Documentazione inviata entro il 31/01/2019 [Target ASUR]	NO	NO	NO
136	Rinnovo accreditamento	Rilevazione ad hoc	Superamento verifica e ottenimento certificazione e accreditamento	Effettuazione procedimenti per superamento verifica e ottenimento certificazione e accreditamento		Effettuazione procedimenti [Target DIRMT]	NO	NO	NO
137	Attuazione DGR 215/2018	Rilevazione ad hoc	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)		Adozione provvedimento formale [Target ASUR]	Adozione provvedimento formale	Adozione provvedimento formale	NO



16 APR. 2018

delibera

470

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
138	Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori	DGR 110/15 DGR 111/15	Monitoraggio periodico dell'applicazione delle DD.GG.RR. 110/15 e 111/15 secondo la tempistica concordata nel Gruppo regionale di cui ai Decreti 31/SAN 2016 e 62/SAN 2016	Per ogni periodo monitorato: Numero Questionari correttamente compilati pervenuti	Numero Questionari previsti (13)	100%	NO	NO	NO
139	Continuità assistenziale	Rilevazione ad hoc	Avvio richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE)	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio		Documentazione inviata entro 30/01/2019	Documentazione inviata entro 30/01/2019	Documentazione inviata entro 30/01/2019	Documentazione inviata entro 30/01/2019
140	Ospedale-Territorio	Rilevazione ad hoc	Implementazione di gruppi di valutazione integrata Ospedale - Territorio per le dimissioni protette	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio		Documentazione inviata entro 30/01/2019	NO	NO	NO
141	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	>90%	>90%	>90%
142				Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%
143		File C	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	>90%	>90%	>90%
144				Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%
145		Rilevazione ad hoc	Presenza in carico con prescrizione, prenotazione e disponibilità di slot dedicati per pazienti oncologici in tutte le strutture che trattano pazienti neoplastici (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante l'avvenuta presa in carico con prescrizione, prenotazione e l'attivazione di slot dedicati per TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture che trattano pazienti neoplastici per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

Pro g.	Sub- obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Anco- na	Target AO MNord	Target INRCA
146	OTTIMIZ- ZAZIONE OFFERTA AMBULA- TORIALE Applica- zione DGR 808/2015 Tempi di attesa	File C	Completezza della compila- zione della ricetta per tipo- logia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni ri- chieste con indi- cazione della tipologia acces- so/classe priorità	N. totale delle richieste di pre- stazioni	> 90%	NO	NO	NO
147		Rilevazio- ne ad hoc	Disponibilità di slot dedicati in agende di neurologia (so- lo INRCA), diabetologia, nefrologia, cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante la di- sponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documenta- zione inviata (maggio, giugno, set- tembre, di- cembre 2018)	Documenta- zione inviata (maggio, giugno, set- tembre, di- cembre 2018)	Documenta- zione inviata (maggio, giugno, set- tembre, di- cembre 2018)	Documenta- zione inviata (maggio, giugno, set- tembre, di- cembre 2018)
148		File C (NSG)	N. prestazioni per esterni di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti	N. prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti		< 2017	NO	NO	NO
149	Interruzio- ni volonta- rie di gra- vidanza (IVG)	ISTAT Modello D12 Di- chiarazio- ne di IVG (NSG)	% IVG ripetute da donne residenti in rapporto al tota- le delle IVG da donne resi- denti	IVG effettuate da donne residenti che nel modello D12- campo 8 riportano "IVG>1"	Totale IVG effet- tuate dalle donne residenti	≤ 1%	NO	NO	NO
150		ISTAT Modello D12 Di- chiarazio- ne di IVG (NSG)	% IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti	IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Consultorio fa- miliare	Totale IVG effet- tuate dalle donne residenti	≥ 42%	NO	NO	NO
151	Potenzia- mento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, ISTAT - dati di mortalità e mortalità per causa (NSG)	% Giornate di cure palliat- ive erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei dece- duti per tumore	N. Giornate di cure palliative erogate a domici- lio per i malati deceduti per tu- more	Media dei dati ISTAT di morta- lità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	Incremento del 2,5% rispetto al 2017	NO	NO	NO
152		Flusso HOSPICE (NSG)	% Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, pro- venienti da ricovero ospeda- liero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ a 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per patologia onco- logica	N. Ricoveri in Hospice per pa- tologia oncologi- ca, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di rico- vero in Hospice ≤ a 7 gg	Totale dei ricove- ri in Hospice per patologia onco- logica	< 25%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
470

Pro g.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
153	Rischio Clinico	Flusso SDO (NSG)	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Seps post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017
154	Assistenza semiresidenziale	Flusso FAR (NSG)	N. residenti anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario semiresidenziale	Numero di anziani (età ≥ 65 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture semiresidenziali, per le tipologie di trattamento SR1 e SR2		> 2017	NO	NO	NO
155	Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante la rendicontazione analitica su singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio		Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Documentazione inviata entro il 30/04/2019
156	Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano" (DGR 954/2016)	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio a cadenza semestrale		Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019	Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019	Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019	Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
157	Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	File F	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2017	(DDD in distribuzione diretta anno 2018 - DDD in distribuzione diretta anno 2017)	DDD in distribuzione diretta anno 2017	> 2017 (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	> 2017 per 1° Livello ATC "L"	> 2017 per 1° Livello ATC "L"	> 2017 per 1° Livello ATC "L"
158	Riduzione consumo antidepressivi per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Flusso farmacie convenzionate, File F (NSG)	Variazione % DDD farmaci antidepressivi per pazienti residenti	(N° DDD (ATC N06AX e N06AB) anno 2018) - (N° DDD (ATC N06AX e N06AB) anno 2017)	(N° DDD (ATC N06AX e N06AB) anno 2017)	< 2017	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017
159	Riduzione consumo inibitori di pompa per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Flusso farmacie convenzionate, File F (NSG)	Variazione % DDD farmaci inibitori di pompa per pazienti residenti	(N° DDD (ATC A02BC) anno 2018) - (N° DDD (ATC A02BC) anno 2017)	(N° DDD (ATC A02BC) anno 2017)	< 2017	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017
160	Riduzione consumo antiipertensivi per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Flusso farmacie convenzionate, File F (NSG)	Variazione % DDD farmaci antiipertensivi per pazienti residenti	(N° DDD (ATC C09DA) anno 2018) - (N° DDD (ATC C09DA) anno 2017)	(N° DDD (ATC C09DA) anno 2017)	< 2017	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017
161	Riduzione consumo statine per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Flusso farmacie convenzionate, File F (NSG)	Variazione % DDD statine per pazienti residenti	(N° DDD (ATC C10AA) anno 2018) - (N° DDD (ATC C10AA) anno 2017)	(N° DDD (ATC C10AA) anno 2017)	< 2017	≤ 2017	≤ 2017	≤ 2017
162	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Rilevazione ad hoc	% PT verificati su totale PT	N° PT verificati	N° tot. PT	100%	100%	100%	100%
163		Rilevazione ad hoc	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
164		Rilevazione ad hoc	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive		≥ 3	≥ 3	≥ 3	≥ 3
165	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	File F	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
166		Flusso farmacie convenzionate	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 99%	NO	NO	NO
167	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	Flusso farmacie convenzionate	% DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata	Incremento del 10% rispetto al 2017	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
470

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
168	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	Flusso farmacie convenzionate, File F	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	> 2017	> 2017	> 2017	> 2017
169	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	> 2017	> 2017	> 2017	> 2017
170	Incremento segnalazioni ADR	RNFV/ Vigifarmaco	% Segnalazioni di ADR rispetto ai dimessi	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	≥ 3%	≥ 3%	≥ 3%	≥ 3%
171	Rispetto della compilazione Registri AIFA	Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%	100%	100%	100%

RISORSE UMANE

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
172	Riduzione precariato	Rilevazione ad hoc	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020		100%	100%	100%	100%
173		Rilevazione ad hoc	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018		Realizzazione stabilizzazioni	Realizzazione stabilizzazioni	Realizzazione stabilizzazioni	Realizzazione stabilizzazioni
174	Ospedali di Comunità / Case della Salute	Rilevazione ad hoc	Implementare moduli ospedali di comunità / case della salute con i Medici di Medicina Generale	Implementare moduli ospedali di comunità / case della salute nei distretti gestiti con i Medici di Medicina Generale ai sensi delle DDGRR 746/2016 e 1587/2017		Implementare almeno 1 modulo di ospedale di comunità / casa della salute in ciascun distretto entro il 31/12/2018	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

INFORMATICA

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
175	Costituzione nucleo minimo FSE	Rilevazione ad hoc	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi alle specifiche del FSE	Numero verbali di pronto soccorso prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 500	> 100	> 100	> 100
176		Rilevazione ad hoc	Produzione di lettere di dimissione conformi alle specifiche del FSE	Numero di lettere di dimissione prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 500	> 100	> 100	> 100
177	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	FSE	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		> 3000	> 200	> 200	> 300
178		Anagrafe Unica Regionale ASR-EMPI	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda	Numero anagrafiche non certificate MEF in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	< 4%	< 4%	< 4%	< 4%
179	Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore	Sistema Informativo per la rete del territorio (SIRTE)	Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione ed eventuale restituzione dei presidi di protesica maggiore	N. autorizzazioni informatizzate di presidio di protesica maggiore con sistema SIRTE (anno 2018)		> 8000	NO	NO	NO
180	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (medici specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (specialità di cui alla DGR 808/2015)	N° ricette dematerializzate prodotte dai medici specialisti	N° totale ricette prodotte dai medici specialisti	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
181		Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (escluse specialità di cui alla DGR 808/2015)	N° ricette dematerializzate prodotte dai medici specialisti (escluse specialità DGR 808/2015)	N° totale ricette prodotte dai medici specialisti (escluse specialità DGR 808/2015)	≥ 20%	≥ 20%	≥ 20%	≥ 20%
182	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte dai MMG/PLS) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette dematerializzate prodotte da MMG/PLS	N° totale ricette prodotte da MMG/PLS	≥ 40%	NO	NO	NO
183	Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Erogazione	Sistema TS	% Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI	< 10%	< 10%	< 10%	< 10%
184	Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di farmaceutica	N° ricette dematerializzate	N° totale ricette	≥ 90%	≥ 90% (Esclusi MMG/PLS)	≥ 90% (Esclusi MMG/PLS)	≥ 90% (Esclusi MMG/PLS)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

470

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

INVESTIMENTI, BENI E SERVIZI

Prog.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
185	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	Rilevazione ad hoc	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di bandi avviati nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17	100%	100%	100%	100%
186		Rilevazione ad hoc		Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17	100%	100%	100%	100%
187	Rete Emergenza - Urgenza: Incremento dell'efficienza del servizio di elisoccorso in H 24	Rilevazione ad hoc	Realizzazione di una nuova base HEMS (Helicopter Emergency Medical Service)	Individuare e progettare un sito prossimo all'Ospedale Regionale di Torrette per la realizzazione di una nuova base HEMS		NO	Individuazione del sito e realizzazione del progetto	NO	NO
188	Rete Emergenza - Urgenza: Miglioramento qualitativo e velocizzazione dei dati acquisibili nelle missioni di intervento emergenziale 118	Rilevazione ad hoc	Sperimentazione dell'interconnessione ICT tra sistemi DMR (Digital Mobile Radio) e piattaforme informatiche (APP)	Sperimentazione dell'interconnessione ICT tra sistemi DMR e piattaforme informatiche (APP) attraverso connessioni satellitari e non.		Sperimentazione dell'interconnessione	NO	NO	NO