

Il 18 del mese di settembre 2018, presso la sede dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), ad Ancona, in via Oberdan n. 2;

TRA

ASUR, rappresentata dal direttore generale, Alessandro Marini, domiciliato per la carica ad Ancona, in via Oberdan n. 2;

E

Ing. Maurizio Bevilacqua, nato ad [redacted] il 19/08/1959, residente ad [redacted] in Via [redacted] n. [redacted], [redacted] - CF [redacted]

PREMESSO CHE

- con DGRM n. 991 del 16 luglio 2018 è stato prorogato l'incarico del Direttore Generale dell'ASUR Marche per la durata massima di due anni a decorrere dalla data di scadenza dell'incarico, nelle more dell'espletamento delle procedure selettive ai sensi del D.lgs n. 171/2016, fermi restando tutti gli elementi negoziali del contratto individuale di lavoro sottoscritto in data 27 luglio 2015;

- la Giunta regionale, con deliberazione n. 1221 del 17/09/2018 recante ad oggetto: "art. 10 comma 3 L.R. n. 13/2003. Nomina dei Direttori di Area Vasta dell'Asur Marche" ed alla cui istruttoria integralmente si rinvia, ha nominato l'Ing. Maurizio Bevilacqua quale Direttore dell'Area vasta n. 2 dell'ASUR;

- il medesimo ha dichiarato l'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dagli articoli 3, 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo n. 39/2013;

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE.

Art. 1
(Conferimento dell'incarico)

Il Direttore Generale dell'ASUR conferisce al Ing. Maurizio Bevilacqua, che accetta, l'incarico di Direttore dell'Area vasta n. 2.

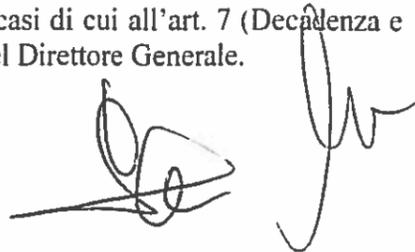
Tale incarico è conferito ai sensi della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale) ss.mm.ii.

Art. 2
(Durata)

L'incarico decorre dalla sottoscrizione del presente contratto di lavoro e cessa, contestualmente alla cessazione dell'incarico del Direttore Generale dell'ASUR, prorogato dalla Regione Marche con DGRM n. 991 del 16/07/2018 per il periodo massimo di due anni decorrenti dalla data del 28 luglio 2018 e nelle more delle procedure selettive di cui al D.Lgs 171/2016.

Il Direttore di Area Vasta, cessa altresì dall'incarico nei casi di cui all'art. 7 (Decadenza e risoluzione) e di cui al comma 2 dell'art. 8 del Contratto del Direttore Generale.

1



In tali casi la cessazione dall'incarico di Direttore di Area Vasta è automatica e non prevede obbligo di preavviso.

Art. 3
(Funzioni e verifica)

Il Direttore di Area Vasta è tenuto ad esercitare le funzioni stabilite dalla normativa regionale, nonché ogni funzione connessa all'attività di gestione disciplinata da atti normativi e di programmazione regionali e dell'ASUR, quale parte di un sistema unitario ed integrato dei servizi presenti sul territorio regionale.

Il direttore di Area Vasta si impegna ad attuare:

- i principi generali e gli obiettivi stabiliti dal quadro normativo nazionale e regionale, in particolare dalla legge regionale n. 13/2003;
- gli obiettivi stabiliti dal Piano socio-sanitario regionale e dall'atto aziendale;
- gli obiettivi specifici stabiliti annualmente dalla Regione e dal direttore generale dell'ASUR e riportati, per l'anno 2018, negli allegati 1 e 2, al presente contratto, che vengono contestualmente sottoscritti per accettazione;

Egli risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi aziendali annualmente assegnati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa ed è soggetto a verifiche periodiche (semestrali) da parte del Direttore Generale.

Entro il mese di marzo di ciascun anno, il Direttore Generale dell'ASUR verifica i risultati conseguiti dai direttori di area vasta ai fini della conferma o meno degli stessi.

Art. 4
(Esclusività e riservatezza)

Il direttore si impegna a prestare la propria attività a tempo pieno e con impegno esclusivo a favore dell'ASUR.

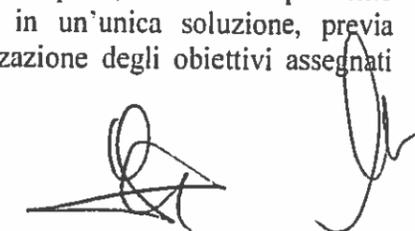
Il direttore è tenuto a mantenere il segreto e non può dare informazioni o comunicazioni relative a provvedimenti e operazioni di qualsiasi natura o a notizie delle quali è a conoscenza in ragione del suo ufficio, quando da ciò possa derivare danno all'ASUR e/o alla Regione, ovvero un danno o un ingiusto vantaggio a terzi.

Art. 5
(Trattamento economico)

Al direttore di Area Vasta spetta, fino alla rideterminazione in riduzione effettuata ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge regionale n. 13/2003, un trattamento economico onnicomprensivo annuo di euro 108.500,00, (centoottomilacinquecento/00) determinato ai sensi dell'art. 10 comma 3 bis Legge 13/2003 ss.mm.ii., in ragione dell'importo stabilito per il Direttore Generale, ridotto del trenta per cento. L'operato dei Direttori di Area vasta è sottoposto a valutazione annuale. Ai direttori di area vasta si applicano, in materia di inconferibilità e di incompatibilità, le disposizioni vigenti previste per l'incarico di direttore generale, direttore amministrativo e di direttore sanitario. Ai pubblici dipendenti si applicano le disposizioni previste dalla normativa vigente.

Il trattamento economico può essere integrato con una ulteriore quota, fino al venti per cento del medesimo trattamento economico, da corrispondere in un'unica soluzione, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi assegnati annualmente dal direttore generale dell'ASUR.

2



Il trattamento economico è comprensivo delle spese sostenute per gli spostamenti dal luogo di residenza o di dimora al luogo di svolgimento delle funzioni.

Al direttore, per lo svolgimento delle attività inerenti alle sue funzioni, spetta il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio, effettivamente sostenute e documentate, nei limiti e secondo le modalità stabilite per i dirigenti del Servizio sanitario nazionale.

Art. 6
(Assenza o impedimento)

In caso di assenza o impedimento del direttore di Area vasta non superiore a sei mesi, le relative funzioni sono svolte dal direttore generale dell'ASUR.

Art. 7
(Decadenza e risoluzione)

E' prevista la decadenza automatica dall'incarico nelle ipotesi di:

- mancato raggiungimento dell'equilibrio economico - finanziario, ai sensi del combinato disposto degli articoli 3, comma 2, lett. c), della legge n. 405/2001 e 52, comma 4, lett. d), della legge n. 289/2002. Per equilibrio economico - finanziario deve intendersi il rispetto dei vincoli economici contenuti nel documento di budget, sottoscritto annualmente da ciascuna Area Vasta con l'Asur;
- mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali ai sensi del comma 7 bis dell'articolo 3 bis del decreto legislativo n. 502/1992;
- mancata trasmissione del piano di rientro all'Asur ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro;
- mancata rimozione, entro quindici giorni dalla contestazione da parte del responsabile della prevenzione della corruzione, delle cause di inconferibilità o incompatibilità previste dal decreto legislativo n. 39/2013, rispettivamente riscontrate e sopravvenute nel corso del rapporto di lavoro disciplinato dal presente contratto.

Costituisce altresì causa di decadenza il mancato rispetto dei contenuti e dei termini relativi ai flussi informativi compresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario e richiamati dall'articolo 3 comma 8, dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

In tal ultimo caso, la decadenza non opera automaticamente, ma ASUR contesta l'inadempimento per iscritto e prevede un termine massimo di quindici giorni per la produzione di giustificazioni da parte del direttore di area vasta. Nei successivi quindici giorni la Regione, su proposta dell'ASUR, provvede a pronunciare l'eventuale decadenza.

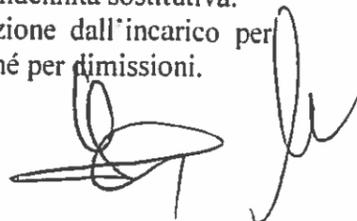
Il contratto è risolto di diritto ai sensi dell'articolo 1456 del codice civile in caso di:

- assenza od impedimento allo svolgimento delle funzioni decorso il periodo di tempo di sei mesi di cui all'articolo 6 del presente contratto;
- nei casi di decadenza dall'incarico e con i tempi e le modalità ivi previste;
- nel caso di esito negativo della verifica di cui all'art. 3 del presente contratto.
- nel caso di soppressione dell'Area vasta;

La risoluzione produce effetto dal giorno del ricevimento, da parte del Direttore d'Area Vasta, della comunicazione scritta del Direttore generale dell'ASUR.

In tali ipotesi non spetta al Direttore di Area Vasta alcun indennizzo o indennità sostitutiva.

Nulla è dovuto a titolo di indennità al direttore, nei casi di cessazione dall'incarico per decadenza, mancata conferma, revoca o risoluzione del contratto, nonché per dimissioni.



Art. 8
(Garanzie e tutele)

L'ASUR ove si verifichi l'apertura di un procedimento penale nei confronti del Direttore di Area Vasta per fatti o atti connessi all'espletamento del relativo incarico assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il Direttore di Area Vasta da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.

Qualora il Direttore di Area Vasta intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento penale, l'azienda procede al rimborso delle spese legali.

Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui al Direttore di Area Vasta, prosciolto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse.

L'ASUR dovrà esigere dal Direttore di Area Vasta, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'azienda per la sua difesa.

Art. 9
(Rinvio)

Per quanto non previsto dal presente contratto si applicano gli articoli dal 2222 e seguenti del titolo terzo del libro quinto del Codice civile.

Art. 10
(Foro competente)

Per ogni controversia derivante dal presente contratto è competente in via esclusiva il Foro di Ancona.

Art. 11
(Bollo e registrazione)

Il presente contratto sarà registrato in caso d'uso, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 131/1986.

Le spese di registrazione saranno a carico della parte richiedente la registrazione medesima.

Letto, approvato e sottoscritto ad Ancona, il 18/09/2018

IL DIRETTORE GENERALE DELL'ASUR
Dr. Alessandro Marini

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 2
Ing Maurizio Bevilacqua

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice civile le parti approvano espressamente gli articoli 2, 3, 5, 7, 8, 10.

IL DIRETTORE GENERALE DELL'ASUR
Dr. Alessandro Marini

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 2
Ing Maurizio Bevilacqua

**AREA VASTA 2
PIANO OCCUPAZIONALE 2018
E PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE 2018/2020**

Ai fini della formalizzazione del Piano Occupazionale 2018 e PFT 2018/2020 nel rispetto del vincolo di Budget assegnato con Det. ASURDG n. 460/2018, l'AV2 garantisce il rispetto delle disposizioni di contenimento della spesa del personale di cui all'art. 2 commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 declinato ai sensi della circolare 9/MEF, fatte salve diverse disposizioni regionali sulla ridefinizione del tetto di spesa, per:

Anno	AV2
2018	180.865.488
2019	180.865.488
2020	180.865.488

Nella predisposizione di quanto sopra, l'AV2 è tenuta ad intraprendere tutte le manovre di contenimento della spesa necessarie con particolare riferimento a:

- eventuali riduzione fondi contrattuali per razionalizzazione incarichi e dotazioni organiche in adeguamento al nuovo assetto organizzativo (applicazione art. 9 quinquies DL 78/2015);
- rigoroso rispetto dei limiti di spesa dei fondi contrattuali;
- riduzione della spesa per prestazioni aggiuntive;
- revisione dei percorsi organizzativi in piena aderenza alla normativa regionale e nazionale.

L'AV2 conferma altresì per il triennio 2018/2020 gli impegni già assunti rispetto a:

- riduzione spesa per contratti di lavoro flessibile ai sensi dell'art.27 della L.R. 33/2014;
- mantenimento dei vincoli di spesa per consulenze, missioni, formazione come già previsto nella Det. ASURDG n. 834/2014 e n. 221/2015 in applicazione della DGRM 977/2014.

Tutto ciò premesso, l'AV2 presenta:

- Piano Occupazionale 2018 e PFT 2018/2020 secondo gli schemi già in uso;
- Scheda sintetica dei costi del personale elaborata ai sensi della circolare 9/MEF per gli anni 2018-2020.

Ancona, 18/09/2018

Il Direttore Generale Asur
Dr. Alessandro Marini

Il Direttore dell'Area Vasta 2
Ing. Maurizio Bevilacqua

BUDGET 2018	AREA VASTA 2
TETTO A (Costi di esercizio)	658.807.450
<i>di cui:</i>	
A.1) PERSONALE, BENI, SERVIZI, MEDICI CONVENZIONATI, ALTRI COSTI	473.426.407
A.2) SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	69.989.315
A.3) PRIVATO ACCREDITATO (RESIDENTI)	108.267.912
A.4) PRIVATO ACCREDITATO (NON RESIDENTI)	7.123.817
TETTO B (Livello Ricavi Minimi)	27.478.451
TETTO C (Investimenti con fondi correnti)	2.300.000

Ancona, 18/09/2018

Il Direttore Area Vasta 2
(Dott. Maurizio Bevilacqua)

Il Direttore Generale ASUR
(Dott. Alessandro Marini)

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
17	4.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR)	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose vaccino MPR		≥ 95%
45	4.3	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	copertura vaccinale antipneumococcica	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
46	4.4	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	copertura vaccinale antiMeningococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati 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	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
18	115	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	Popolazione ultra 65enni residente	≥ 75%
50	5.3	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei tumori invasivi screen-detected	N° di tutti i tumori screen-detected * 100	< 25%
	116	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/Azienda	N. strutture eroganti per AZ/AV	Mantenimento di almeno due ore/struttura per AV/Az per ogni screening
53	6.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	> 5%
	117.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	>10%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
22	8	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	n. di interviste effettuate	n. interviste da effettuare	≥ 90%
58	9.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	Messa a regime in almeno 2 A.V. ASUR		Relazione Direttore Area Vasta
	119	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
47	12	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	copertura vaccinale	copertura vaccinale anti HPV	N. bambine nel corso del 12° anno di vita vaccinate con cicli completi	N° di bambine della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%
70	13	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi alla pianificazione delle 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		Atti formali relativo all'attività di comunicazione del rischio entro il 15/01/19
23	14.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% 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%
24	14.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% 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%
60	15.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% 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%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
61	15.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini i morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini morti	≥ 85% di ovini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
61	15.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
59	16	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	% 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
28	19	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	% 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
71	18	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.Lg.vo 6 aprile 2006, n. 193 e nota DGSA n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSA n. 13986 del 15/07/2013	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	Attività comprendente almeno il 90 % degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite
25	20.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (28 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende ovi-caprini controllati	N. totale aziende ovi-caprini	> 3% delle aziende
25	20.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	> 5% dei capi
26	20.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% 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% 

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
63	<u>22</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>60% dei campioni è dedicati a materie prime e intermedi di lavorazione (100% dei campioni previsti dal DD PFVSA 33/2015 e DI PFVSA 21/2018)
69	<u>23</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% 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%
62	<u>24</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	SALMONELLOSI ZOOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e reattiva registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
64	<u>25</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04. DDPFVSA n. 49 del 20/03/2017	% 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 a DDPFVSA
55	<u>182</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi		95%
56	<u>182.1</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	DGR 540/2015 Screening neonatali visivo ed oculare	% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening		95%
16	<u>183</u>	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=95%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
19	184	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano 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%
20	185	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano 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%
21	186	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che effettuano 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%
57-68	216	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 2017 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 di AV sullo stato dell'attività entro il 15/01/19
48	269	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte dei nati 2016	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per meningo B	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 30%
	270	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) di una dose antimeningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati entro un anno per antiMeningococco C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 95% o in miglioramento rispetto all'anno precedente
	272	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale a tutti i maschi nati a partire dall'anno 2007 per il vaccino HPV anti Papilloma Virus	N° di soggetti vaccinati, nati a partire dall'anno 2007	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
	273	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 11 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomelite, da effettuare con richiamo (d'1pa IPV)	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 90% o in miglioramento rispetto all'anno precedente

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
49	274	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano 65enne	N° di soggetti di età =65 anni vaccinati per antipneumococcica	Popolazione 65enni residente	> = 55%
	275	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale Herpes Zoster nei soggetti di 65 anni di età	N° di soggetti vaccinati anni 65	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 20%
51	284	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV	Attivazione percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario
52	285	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% 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	Attivazione percorso screening cancro mammella su base eredo-familiare
54	312	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Sicurezza dei prodotti chimici Controlli nelle fasi di produzione, importazione, immisione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	% campioni effettuati su controlli programmati	N. controlli effettuati	N. di controlli programmati	≥ 95 %
65	313	a. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% 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%
66	314	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%
67	315	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	% controllo per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (regolamento 1099/2099)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
72	316	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	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
27	344	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI - attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGSAN n. 15168 del 14/04/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	% campionamenti effettuati sul totale dei programmi negli esercizi di produzione e distribuzione negli alimenti vegetali	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare e 100% in ciascuna fase
	345	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Copertura vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini di 5 - 6 anni di età contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite	N° di soggetti di 5-6 anni di età vaccinati contro difterite, tetano, pertosse e poliomelite	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 95% o in miglioramento rispetto all'anno precedente
32	45.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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%
33	45.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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 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%
34	45.5	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		≤ 3
36	45.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
31	45.6	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	≤ 0,17
86	45.7	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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%
30	45.8	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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%
85	45.9	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ 35%
	45.3	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno)	≤ val 2017
	45.4	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti)	100% Stabilimenti < 16%
88	46	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5%
87	47.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 22,5%
	47.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento appropriatezza chirurgica	DRG LEA Chirurgici: % Ricoveri in Day-Surgery	Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	≥ val 2017
76	49.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro e oltre 30 minuti	>2017

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
77	49.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 1 ora	>2017
37	107	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Pronto Soccorso	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno. (Contenuti informativi rilevati ai fini dell'indicatore: Data/Ora Inizio Chiamata, Data/Ora Arrivo Mezzo, Mezzo di Soccorso, Codice Intervento, Criticità Presunta, Numero missione, Esito missione, Codice tipologia mezzo di soccorso. Considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti. Per Criticità Presunta: considerare i codici di criticità presunta Rosso e Giallo. Selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto)		<=18
	128	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individuale riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo	> 80%
90	129	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	<val 2017
	195	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Potenziamento qualità clinica	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%
89	196	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,40

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
78	197	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	< Valore 2017
91	198	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 90 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività >90 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	≥50% per ciascun stabilimento
79	199	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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 inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥60% per ciascun stabilimento
80	200	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative 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
92	201	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui	Numero di ricoveri int. frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	> 95%
151	202	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale	Produzione e invio di reportistica attestante la rendicontazione analitica su ogni singolo progetto.	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio		Documentazione da inviare entro la scadenza prevista per l'invio dei dati di AV ai fini della redazione della Relazione del DG

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
73	<u>222</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	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) (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)
74	<u>223</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	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 (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)
93	<u>224</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	<u>225</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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%
	<u>226</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero totale ricoveri per PTCA totali eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	>30%
96	<u>227</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	% 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
152	<u>229</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano" (DGR 954/2016)	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 da inviare entro 15/07/2018 e il 15/01/2019
111	<u>231</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta	% 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
112	<u>232</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥2017

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
113	<u>277</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥2017
	<u>278</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Efficacia della presa in carico pre-ospedaliera	N° pz con trauma maggiore con cod. NERO o deceduti in PS	N° totale dei pazienti trauma maggiore	>2017
104	<u>234</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	Donazione di organi: % Accertamenti di morte con criteri neurologici su decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione	N° accertamenti di morte con criteri neurologici	N° soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero con lesione cerebrale acuta rianimazione	≥ 2017
	<u>235</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	% di donatori di cornee procurati: Consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati sui decessi totali	N° donatori procurati di cornee (consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati)	N° decessi totali (esclusi i procedimenti a cassa aperta)	≥ 5%
	<u>236</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	% Opposizioni su accertamenti di morte	N° opposizioni	N° accertamenti di morte	< 5% rispetto a media nazionale
	<u>237</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	CHIRURGIA AMBULATORIALE	% prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS	Σ prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza in DS	Totale prestazioni in DS e ambulatoriali	< 2,33%
	<u>258</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	100% Stabilimenti < 12%
	<u>259</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco	100% Stabilimenti < 14%
82	<u>261</u>	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus ischemico:	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ 14% per ciascun stabilimento

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
81	262	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Int. TM 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
98	263	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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
	264	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Int. TM stomaco: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico	100% Stabilimenti ≤ 2017
99	265	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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
100	266	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	100% Stabilimenti ≤ 2017
101	267	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	≤ 0,30% o in miglioramento rispetto al 2017 per il 100% Stabilimenti
75	286	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	INCREMENTO PRODUZIONE PER CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	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] per residenti anno 2017)	≥ 2017 (Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target)
114	287	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pz con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	≥ 2017
83	295	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento appropriatezza chirurgica	mortalità a 30 giorni dai ricover 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
29	304	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
35	305	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	N. Parti pretermine tardiVi (34-36 settimane di gestazione)	N. Parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Totale parti cesarei	≤ 5%
103	317	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	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
105	318	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Donazione organi e tessuti	% 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 sottocutaneo e tessuto oculare)	N. soggetti deceduti e sottoposti ad accertamento di morte	≥ 2017
115	319	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Implementazione PDTA regionali	Recepimento e attivazione PDTA regionali entro 2 mesi dalla pubblicazione	N. PDTA regionali recepiti con atto formale	N. PDTA regionali	100%
116	320	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Implementazione PDTA regionali	Audit interni multidisciplinari	N. audit interni multidisciplinari	N. PDTA regionali	Almeno 1 audit interno multidisciplinare x ciascun PDTA reg.le approvato
149	329	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Rischio clinico	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Sepsis post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	≤ 2017
107	343	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	Attuazione DGR 982/2016	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche	Predisposizione protocolli trasporti (su gomma, ala fissa, ala rotante) connessi con le attività trapiantologiche		Relazione sulla predisposizione protocolli da inviare all'I.S.S. ASUR entro il 31/12/2018
	113	C. LISTE DI ATTESA	Liste di attesa	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità			100%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
142	166	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso	N.totale di prestazioni richieste	>90%
141	52.1	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Presa 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 pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture che trattano pazienti neoplastici per Az/AV		Documentazione da inviare al DS Asur entro entro 15/04/18, 15/07/2018, 15/10/18 e 15/12/2018
143	52.2	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di diabetologia 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 disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione da inviare al DS Asur entro entro 15/04/18, 15/07/2018, 15/10/18 e 15/12/2018
143	52.3	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di nefrologia 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 disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione da inviare al DS Asur entro entro 15/04/18, 15/07/2018, 15/10/18 e 15/12/2018
143	52.4	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Disponibilità di slot dedicati in agende di 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 disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione da inviare al DS Asur entro entro 15/04/18, 15/07/2018, 15/10/18 e 15/12/2018

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	171	C. LISTE DI ATTESA	Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie	Ore di utilizzo giornaliere per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature medicali			Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali
	172	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione prenotazione prime visite	Numero di case della salute - equipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali			Mantenimento di una sede attiva per AV
	174	C. LISTE DI ATTESA	Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato			Mantenimento delle 10 agende
	<u>187</u>	C. LISTE DI ATTESA	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"	Almeno 1 agenda differenziata per almeno 7 prestazioni critiche per stabilimento del POU sottoposte a monitoraggio PNGLA entro il 31/12/2018	Numero di posti/settimana disponibili per le 7 agende attivate		Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2018)
137	<u>188</u>	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - 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%
138	<u>189</u>	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
139	190	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite 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%
139	191	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
140	192	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati 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%
140	193	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (60gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
	230	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Reportistica dell'avvenuta attivazione di agende per la presa in carico di pazienti con patologia oncologica (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione delle agende per la presa in carico di TUTTI pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione da inviare al DS Asur entro entro 15/04/18, 15/07/2018, 15/10/18 e 15/12/2018
144	324	C. LISTE DI ATTESA	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 805/2015 Tempi di attesa: Obiettivo obbligatorio (prerequisito-della valutazione)	N. prestazioni per esterni di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti	N. prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi erogate ai pazienti residenti		< 2017

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	350	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Neurologica - VISITE, EEG, EMG-ENG, RMN cervello, tronco encefalico, colonna vertebrale, TAC capo, rachide e speco vertebrale, ECO color doppler tronchi sovraortici	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, EEG, EMG-ENG, RMN cervello, tronco encefalico, colonna vertebrale, TAC capo, rachide e speco vertebrale, ECO color doppler tronchi sovraortici		> 0 entro il 30/09/2018
	351	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Endocrinologica - VISITE, ECO, TAC, RMN, MOC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ECO, TAC, RMN, MOC		> 0 entro il 30/09/2018
	352	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Chirurgia vascolare - VISITE, ANGIOTAC, ECOCOLORDOPPLER	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ANGIOTAC, ECOCOLORDOPPLER		> 0 entro il 30/09/2018
	353	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Oculistica - VISITE, CAMPO VISIVO, FONDO OCULARE, OCT	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, CAMPO VISIVO, FONDO OCULARE, OCT		> 0 entro il 30/09/2018
	354	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Ortopedica - VISITE, RX, ECO, TAC, RMN, EMG-ENG	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, RX, ECO, TAC, RMN, EMG-ENG		> 0 entro il 30/09/2018
	355	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Ginecologica - VISITE, ECO, ISTEROSCOPIA	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ECO, ISTEROSCOPIA		> 0 entro il 30/09/2018

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	356	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Dermatologica - VISITE, VIDEO- DERMATOSCOPIA, ECO, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, VIDEO- DERMATOSCOPIA, ECO, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
	357	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Otorinolaringoiatrica - VISITE, AUDIOMETRIA, LARINGOSCOPIA, RINOSCOPIA, ECO, TAC, RMN	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, AUDIOMETRIA, LARINGOSCOPIA, RINOSCOPIA, ECO, TAC, RMN		> 0 entro il 30/09/2018
	358	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Urologica - VISITE, ECO TRANSRETTALE, ECO ADDOME, CISTOSCOPIA, UROFLUSSIMETRIA, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, ECO TRANSRETTALE, ECO ADDOME, CISTOSCOPIA, UROFLUSSIMETRIA, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
	359	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Fisiatrica - VISITE, RX, ECO, RMN	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, RX, ECO, RMN		> 0 entro il 30/09/2018
	360	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Gastroenterologica - VISITE, EGDS, COLONSCOPIA, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, EGDS, COLONSCOPIA, TAC		> 0 entro il 30/09/2018
	361	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Pneumologica - VISITE, RX, TAC	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, RX, TAC		> 0 entro il 30/09/2018

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	362	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Produzione reportistica attestante l'attivazione di agende dedicate per il 100% Disciplina Senologica - VISITE, MAMMOGRAFIA, ECO, RMN, AGOASPIRATO/BIOPSIA	Numero di posti/settimana disponibili per la presa in carico di VISITE, MAMMOGRAFIA, ECO, RMN, AGOASPIRATO/BIOPSIA		> 0 entro il 30/09/2018
	363	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicate al follow-up	Garanzia di erogazione entro il tempo massimo di attesa previsto dal PRGLA per la classe di priorità P	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità P (≤ 180 gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità P	50% entro il 31/12/2018
	364	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta prime visite delle branche specialistiche sottoposte a monitoraggio	% di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le visite specialistiche	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 - Numero di posti/settimana disponibili al 30/09/2018, per le visite specialistiche	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 per le visite specialistiche	>20%
	365	C. LISTE DI ATTESA	Ottimizzazione offerta primi accessi per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio	% di agende con il 20% in più di posti disponibili, rispetto alle agende attuali (al 15 maggio 2018), per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 - Numero di posti/settimana disponibili al 30/09/2018, per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	Numero di posti/settimana disponibili al 15 giugno 2018 per le 29 prestazioni di diagnostica strumentale	>20%
	10.1	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa I.C.	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	≤ 1
	10.2	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa L. 104	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	≤ 1
	10.3	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa pz. Oncologici	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 20 giorni
	10.4	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempi medio attesa non vedenti e non udenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	tempo di attesa previsto 3 Mesi

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	10.5	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa commissione patenti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	45 gg medi
	27.2	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Cure domiciliari Sub1: Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le OOSS DGR n.149/14 e 791/14.	Messa a regime della riorganizzazione delle Cure Domiciliari secondo gli standard della DGR 791/14.	Mantenimento dello standard DGR 791/14		SI/NO
	<u>205</u>	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Cure Domiciliari	Percentuale di anziani ≥ 65 anni valutati con il sistema RUG III HC	Numero di anziani trattati in Cure domiciliari residenti nella regione	Popolazione anziana (≥ 65 anni) residente	valutazione e costante monitoraggio con il sistema RUG III HC di tutti i pazienti con età ≥ 65 anni in regime di cure domiciliari
131	<u>214</u>	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento dell'offerta	Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione con l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV		reportistica da inviare al D.S. Asur entro il 15/01/2019
	<u>239</u>	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Consultorio	Attivazione Cartella Informatizzata Consultoriale	Numero di Cartelle Attivate		100%
	297	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Cure Domiciliari	Numero di giornate di sospensione delle cure domiciliari per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° di giornate di sospensione ADI per ricoveri nell'ultimo mese di vita del paziente terminale	N° pazienti terminali	≥ 0
	298	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 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 08,00 alle ore 20,00 di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		relazione trimestrale a partire dal mese di giugno, da inviare alla DS ASUR, attestante il monitoraggio dei dati e le misure adottate per la riduzione degli accessi
	299	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	Monitoraggio degli accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 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 08,00 alle ore 20,00 di adulti (età ≥ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		relazione trimestrale a partire dal mese di giugno, da inviare alla DS ASUR, attestante il monitoraggio dei dati e le misure adottate per la riduzione degli accessi

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	300	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	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 08,00) di adulti (età ≥ 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		relazione trimestrale a partire dal mese di giugno, da inviare alla DS ASUR, attestante il monitoraggio dei dati e le misure adottate per la riduzione degli accessi
	301	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Contenimento dell'accesso improprio al pronto soccorso	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 08,00) di minori (età < 14 anni) residenti codice di priorità (bianco/verde) attribuito all'atto della dimissione dal PS		relazione trimestrale a partire dal mese di giugno, da inviare alla DS ASUR, attestante il monitoraggio dei dati e le misure adottate per la riduzione degli accessi
42	306	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑ 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%
38	308	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Domiciliare	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)		≥ 1708
39	309	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Domiciliare	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)		≥ 1162
40	310	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Domiciliare	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)		≥ 217
133	321	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Attuazione DGR 215/2018	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)	Adozione provvedimenti per istituzione/adequamento Comitati Buon Uso Sangue (Co-BuS)		trasmissione atto formale entro il 15/01/2019

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
145	325	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG ripetute da donne residenti in rapporto al totale delle IVG da donne residenti	IVG effettuate da donne residenti che nel modello D12 - campo 8 riportano "IVC>1"	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	≤ 1%
146	326	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Interruzioni volontarie di gravidanza	% IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Conulatorio familiare sul totale delle IVG da donne residenti	IVG da donne residenti con certificazione rilasciata dal Conulatorio familiare	Totale IVG effettuate dalle donne residenti	≤ 42%
147	327	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore rispetto al numero dei deceduti per tumore	N. Giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti per tumore	Medi dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	Incremento del 2,5% rispetto al 2017
148	328	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	% Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ a 7 gg, sul totale dei ricoveri in Hospice per	N. Ricoveri in Hospice per patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con periodo di ricovero in Hospice ≤ a 7 gg	Totale dei ricoveri in Hospice per patologia oncologica	< 25%
166	221	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	Ospedali di Comunità/Case della salute	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 DDGGRR 746/2016 e 1587/2017		Relazione sull'implementazione di almeno 1 modulo di ospedale di comunità / casa della salute in ciascun distretto entro il 15/01/2019
	161	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Attuazione 13 indicatori di cui al punto D) DGR 1/2015	Attuazione indicatori al punto "D"		Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 15/01/2019
	162	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Aumento n. sedi n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2018	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2017	≥ valore 2016 (n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AV)
	206	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Superamento OPG	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		Report sulla presa in carico informatizzata da parte dei DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	<u>213</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Attuazione DGR 857/2015	Indicatori di cui ai punti d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015	Attività di cui d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 realizzate per AAVV		Relazione su stato attuazione d), art. 5 e allegato D) da inviare entro il 15/01/2019 al Servizio I.S.S.
	<u>238</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali	Atti di convenzionamento	Trasmissione completa dei convenzionamenti attivati dall'ASUR per l'anno 2018 divisi per tipologia di struttura di cui alla DGR 1331/2014		100% delle convenzioni
134	<u>239</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori	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%
P3	<u>138</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Assistenza residenziale e semiresidenziale: DGR 1331/2014; DGR 289/2015; DGR 1105/17	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 %
43	<u>307</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	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		> 2017
41	<u>311</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Assistenza residenziale	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		≥ anno precedente
135	<u>322</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	Avvio richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE)	Documentazione inviata P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio		Relazione entro il 15/01/2019
136	<u>323</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	Implementazione di gruppi di valutazione integrata Ospedale - Territorio per le dimissioni protette	Documentazione inviata P.F. Territorio e Integrazione Ospedale Territorio		trasmissione atto formale entro il 15/01/2019
150	<u>330</u>	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Assistenza semiresidenziale	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

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	90	F. SPESA FARMACEUTICA	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/PLS, specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni.			Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2019
159	91.1	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	% 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	≥ 2,5% rispetto al 2017
	92	F. SPESA FARMACEUTICA	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	≥ 3%
	99	F. SPESA FARMACEUTICA	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2019
153	100.1	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	Variatione % 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)

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	100.2	F. SPESA FARMACEUTICA	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei coretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implemetazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovraccitate.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2019
	102	F. SPESA FARMACEUTICA	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante l'attività della commissione dei DM in merito: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo- efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione da inviare al DS Asur entro il 15/01/2019
161	150	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	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
154	207	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	% PT verificati sul totale PT	N° PT verificati	N° totale di PT	100%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
155	207.1	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%
156	207.3	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive		≥ 3
44	208	F. SPESA FARMACEUTICA		Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2018) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2017)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2017)	-11%
	243	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata netta dalle "distinte contabili"	Spesa farmaceutica convenzionata 2018		Rispetto del tetto previsto nel budget 2018 per l'assistenza farmaceutica
	244	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017 (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti ospedalieri anno 2018)		< rispetto al 2017
157	279	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%
158	280	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 99%
160	245	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	% 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
162	246	F. SPESA FARMACEUTICA	Incremento segnalazioni ADR	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2017	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	≥ 3%
163	247	F. SPESA FARMACEUTICA	Rispetto della compilazione Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%
	248	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata	Δ% Spesa annuale per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2018	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2018)		≤ 2017
	346	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	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

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	347	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	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
	348	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	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
	349	F. SPESA FARMACEUTICA	Riduzione consumo antidepressivo per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	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
	<u>73</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Numero % di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero totale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno)	>= 80%
	<u>74</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro H	Numero prese in carico attivate presenti nel flusso SIAD	Numero prese in carico nel Modello FLS21	Valore compreso tra 80 e 120
	<u>75</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
	<u>76</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2018 rispetto al 2017	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2018	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2017	>= 90%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	<u>77</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	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)	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)	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
	<u>78</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale: Valutazione della completezza del flusso SISM - % di completezza del tracciato di attività territoriale	Numero record validi presenti nel tracciato Anagrafica che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati di attività territoriale (contatti e prestazioni)	Numero totale record validi presenti nel tracciato Anagrafica	>=80%
	<u>79</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
	<u>80</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24	Numero di accessi calcolati con EMUR	Numero di accessi calcolati con HSP24	Valore compreso tra 90 e 110
	<u>81</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero totale di record campi data-ora	Valore compreso tra 90 e 100
	<u>82</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2018 rispetto al 2017	Numero di interventi del servizio 118 anno 2018	Numero di interventi del servizio 118 anno 2017	>= 90%
	<u>83</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro G	Valore compreso tra 80 e 120

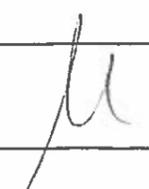
n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	<u>84</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Completezza flusso FAR; Completezza dei record validi inviati	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2018	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2017	Valore compreso tra 80 e 120
	<u>85</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Hospice: valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri	Numero di strutture che inviano i dati del flusso Hospice ogni trimestre	Numero di strutture presenti nel Modello STS11	100%
P12	<u>87</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata	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%
P8	<u>88</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voce B.1.A.3.1)	Valore rilevato dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	≥ 65%
P10	<u>71</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2018	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 censite nei tempi previsti dall'art.3, comma 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22.4.2014 e s.m.i. collaudate nell'anno 2018	100%
P9	<u>130</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2018 (Dati per dichiarazione dei redditi)	% 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%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
P6	<u>131</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regione (anno 2017)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2017)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2017)	100%
P5	<u>209</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Completezza Tabella IC. Bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	% 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%
P7	<u>210</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2016	Numero schede cause di morte registrate anno 2016	Numero totale schede cause di morte anno 2016	100%
P13	<u>211</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		≤ 0
P14	<u>212</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture	75%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
P4	<u>218</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Flusso FAR; Utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014, DGR 139/2016 e DGR 746/2016)	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR		100%
P11	<u>219</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2018	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 e s.m.i, nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2018	100% per strutture pubbliche + Produzione di reportistica entro il 31/01/19 attestante le attività poste in essere verso tutte le strutture private accreditate finalizzate alla pubblicazione NSIS delle apparecchiature sanitarie in uso delle predette strutture ricomprese nell'all. 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché degli angiografi e mammografi (ASUR)
P1	<u>302</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari soggetti ad interconnessione da DM 262/2016 (DGR 248/2018)	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018 secondo le scadenze previste dalla stessa DGR	SDO (13 invii per AV) I18 (12 invii per AV) PS (12 invii per AV) SIAD (4 invii per AV) FILE C (12 invii per AV)		53 invii entro le scadenze previste
P2	<u>303</u>	G. FLUSSI INFORMATIVI	Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera	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%
	112.1	H. ATL	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina			Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina entro il 31/07/2018

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	112.2	H. ATL	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Ribaltamento ai Responsabili di CDR degli obiettivi economici e sanitari della Direzione di AAVV			Ribaltamento di almeno il 90% degli indicatori
	114.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL Affari Generali/Segreterie generali)	I Servizi assicurativi – Contenzioso – Segreteria hanno l'obiettivo di garantire la puntuale applicazione della procedura di gestione diretta sinistri approvata con Determina n. 749 del 28/10/2015, secondo quanto stabilito dettagliatamente negli allegati ivi acclusi			Almeno l'80% delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2018 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015
	114.1.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL Affari Generali/Segreterie generali)	Trasmissione trimestrale dell'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenute dall'Area Vasta.			N. 4 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenuti realtivi al primo trimestre (entro il 30/4), il secondo trimestre 2018 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2018 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2018 (31/01/19)
	114.2	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Equilibrio economico finanziario mensile e annuale attraverso programmazione pagamenti per area vasta	5 AAVV conformi		12 reports
	114.2.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Certificazione dei crediti attraverso la verifica estratti conto ricevuti dal Responsabile Contabilità Aziendale	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione		Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione
	114.2.2	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Bilancio

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	114.2.3	II. ATL	Obiettivi Area ATL (Bilancio)	Rispetto scadenza chiusura Bilancio	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio stabilite dalla Direzione ASUR		Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio stabilite dalla Direzione ASUR
	114.2.4	II. ATL	Obiettivi Area ATL (Formazione)	5) Gestione reclami			100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento
	114.4	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Personale)	Correttezza negli adempimenti aziendali richiesti dalla Direzione Generale (Cud, Conto Annuale, Modello 770, Denuncia Disabili, Atti di determinazione dei fondi contrattuali, Chiusura Stipendi)			Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente
	114.4.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Personale)	Partecipazioni alle riunioni dal parte dei dirigenti convocati e applicazione delle indicazioni operative decise in coordinamento			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni
	114.5	II. ATL	Obiettivi Area ATL (Patrimonio)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio
	114.5.1	II. ATL	Obiettivi Area ATL (Patrimonio)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2018
	114.6	II. ATL	Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)	Produzione di Reportistica almeno bimestrale ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati			Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	114.6.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)	Implementazione del sistema di valutazione del personale dell'AV5 nelle AV 1-2-3-4			100%
	114.7	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Programma acquisizione tecnologie sanitarie secondo la DGRM n. 986/2014, in collaborazione con l'Area Ingegneria clinica			100%
	114.7.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Adempimenti in relazione al riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità e trasparenza: inserimento informazione procedura Areas nei tempi previsti			100%
	114.7.2	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Supporto Centralizzazione acquisti (Gare SUAM): le Aziende SSR e INRCA debbono trasmettere la documentazione di competenza per acquisti relativi a procedure di gara SUAM nelle modalità e tempistiche definite dai decreti			100% richieste assolute
	114.7.3	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato
	114.7.4	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Provveditorato)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2018
	114.8	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo l'applicazione delle indicazioni e disposizioni ricevute.			Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute
	114.8.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Supporto all'avvio della ricetta dematerializzata			Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata
	114.8.2	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Risoluzione delle criticità riscontrate sulle ricette in esenzione, relativamente ai soggetti non esenti			 100%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	114.8.3	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Controlli delle autocertificazioni: conclusione dell'anno 2016			100%
	114.8.4	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale
	114.8.5	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2018
	114.9	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo la partecipazione agli incontri finalizzati all'ottimizzazione /revisione /predisposizione delle procedure operative di afferenza delle Strutture			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni
	114.9.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Attivazione delle procedure di recupero crediti			Fatto/non fatto
	114.9.2	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Revisione delle procedure di controllo e liquidazione delle fatture di servizio dei trasporti in emergenza, prevalentemente sanitari e non prevalentemente sanitari;			Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT
	114.9.3	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	114.9.4	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2018
	114.11	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Ingegneria Clinica)	Recepimento delle indicazioni e delle linee guida predisposte nella gestione dei processi di acquisizione e manutenzione delle tecnologie biomediche			Almeno il 70% dei processi di acquisizione e manutenzione conformi alle linee guida asur
	114.12	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Farmacia
	114.12.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2018
	114.13	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	1) Invio questionario ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione			Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC
	114.13.1	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	2) Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente"			Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2019
	114.13.2	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	3) Adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.I. di competenza dell'AV			Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia
	114.13.3	H. ATL	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2018			Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2018
	151	H. ATL	Attuazione piano investimenti con fondi correnti	% Valore investimenti attuati rispetto alle risorse autorizzate	Valore economico (IVA compresa) degli investimenti con fondi correnti a bilancio consuntivo	Valore economico budget autorizzato per investimenti AV	100%

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
169	152	H. ATL	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		>500
	153	H. ATL	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	% di referti laboratorio presenti nell'FSE	Numero referti laboratorio in FSE		≥ anno precedente
	114.1.2	H. ATL	Effettuazione pagamenti elettronici attraverso il nodo dei pagamenti SPC	Attivazione del servizio di pagamento delle prestazioni sanitarie attraverso la piattaforma regionale Mpay	Valore assoluto pagamenti online	Totale pagamenti	>0,1%
	156	H. ATL	Portale fascicolo sanitario	Numero di servizi online rilasciati	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prenotazioni online	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prenotazioni online	3
172	157	H. ATL	Dematerializzazione prescrizioni specialistiche	% 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%
	175	H. ATL	Dematerializzazione prescrizioni specialistiche	Numero di prescrizioni e numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prescrizioni, prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	totale delle prescrizioni specialistiche e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	100% al 31/12/2017

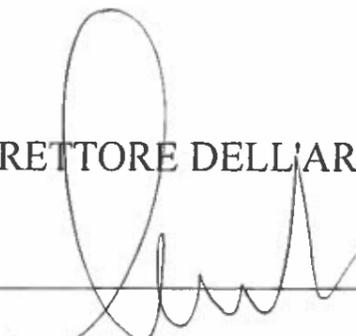
n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
	<u>248</u>	H. ATL	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Codifica unica catalogo Regionale RIS normalizzato	Numero identità 1-1 tra catalogo Regionale RIS normalizzato e catalogo RIS aziendale	Numero voci catalogo Regionale RIS normalizzato	100%
	<u>249</u>	H. ATL	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Alimentazione FSE con referti prodotti da sistemi informativi clinici/specialistici	Numero nuovi sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2018 funzionalmente integrati con l'infrastruttura del FSE	Numero sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2018	100%
	<u>250</u>	H. ATL	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda in relazione alle codifiche regionali	Numero anagrafiche non certificate in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	<5%
P15	<u>114.2.5</u>	H. ATL	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	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
167	<u>331</u>	H. ATL	Costituzione nucleo minimo FSE	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		> 100
168	<u>332</u>	H. ATL	Costituzione nucleo minimo FSE	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		> 100
170	<u>333</u>	H. ATL	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda	Numero anagrafiche non certificate MEF in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	< 4%
171	<u>334</u>	H. ATL	Informatizzazione processo di gestione dei presidi di protesica maggiore	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)		> 1600

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
173	<u>335</u>	H. ATL	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (medici specialisti) - Produzione	% 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%
174	<u>336</u>	H. ATL	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte dai MMG/PLS) - Produzione	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette dematerializzate prodotte da MMG/PLS	N° totale ricette prodotte da MMG/PLS	≥ 40%
175	<u>337</u>	H. ATL	Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Erogazione	% 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%
176	<u>338</u>	H. ATL	Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Produzione	% ricette dematerializzate di farmaceutica	N° ricette dematerializzate	N° totale ricette	≥ 90%
177	<u>339</u>	H. ATL	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	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%
178	<u>340</u>	H. ATL	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/18	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17	100%
	<u>251</u>	I. RISORSE UMANE	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero Strutture Ospedaliere Complesse	(N. SOC al 31/12/2018) - (N.SOC al 31/12/2017)	(N.SOC al 31/12/2017)	In riduzione rispetto all'anno 2017
	<u>252</u>	I. RISORSE UMANE	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Riduzione numero SOS	(N. SOS al 31/12/2018) - (N.SOS al 31/12/2017)	(N.SOS al 31/12/2017)	In riduzione rispetto all'anno 2017

n. indicatore DGRM 471/18	Nr	AREA	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV2 Valore atteso 2018
164	<u>254</u>	I. RISORSE UMANE	Riduzione precariato: Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020		100%
165	<u>255</u>	I. RISORSE UMANE	Riduzione precariato: Obiettivo obbligatorio (prerequisito della valutazione)	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018		100%
	<u>342</u>	I. RISORSE UMANE	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2018/2020: 1. In linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, oppure; 2. in linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, mediante piano di rientro.	Evidenza del rispetto del tetto del costo del personale nel Piano Triennale di Fabbisogno 2018/2020: 1. In linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, oppure; 2. in linea con raggiungimento del valore del 2004 - 1,4% nel 2020, mediante piano di rientro.		reportistica entro il 31/01/2019

Ancona, 18/09/2018

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 2



IL DIRETTORE GENERALE ASUR



