



pag.
1

ADUNANZA N. 107 LEGISLATURA N. X

delibera
146

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

OGGETTO: Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2017.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

DELIBERA

- di assegnare gli obiettivi sanitari agli Enti del SSR per l'anno 2017 come definito nell'Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Giraldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Luca Ceriscoli)

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- **Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68** - *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;*
- **Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118** - *Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;*
- **Intesa Governo - Regioni n. 82/CSR del 10/07/2014** - *Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (di seguito Patto per la Salute 2014-2016);*
- **Intesa Governo - Regioni n. n. 113/CSR del 2/7/2015** - *Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario;*
- **Legge 6 agosto 2015, n. 125** - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali.*
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208** - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016);*
- **Decreto 2 aprile 2015, n. 70** - *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;*
- **Decreto 21 giugno 2016.** - *Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici;*
- **LEGGE 11 dicembre 2016, n. 232** - *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019;*
- **DGR n. 1639 del 27/12/2016** - *L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Assegnazione delle risorse agli Enti del SSR e al DIRMT per l'anno 2016. Disposizioni per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2016 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2016-2018 degli Enti del SSR;*
- **DGR n. 1640 del 27/12/2016** - *L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2017.*

MOTIVAZIONI ED ESITO DELL'ISTRUTTORIA

Gli obiettivi sanitari vengono definiti nel rispetto dei LEA, dei vincoli programmatori nazionali e sulla base delle attività programmatiche di rilievo per la sanità regionale. In particolare la definizione degli indirizzi e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

degli obiettivi di budget è rivolta a dare i necessari input attuativi per accelerare l'implementazione delle azioni di sviluppo del sistema socio-sanitario attraverso l'individuazione delle linee prioritarie di intervento. Tutti gli Enti del SSR sono tenuti alla garanzia dell'erogazione dei LEA e degli adempimenti monitorati dal Ministero della Salute sia per la parte economica che per la parte sanitaria. A tali azioni prioritarie si legano necessariamente gli indicatori che consentono di effettuare il conseguente monitoraggio delle stesse.

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

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

La scelta degli obiettivi e dei relativi indicatori di misurazione è coerente con la più recente normativa nazionale e regionale orientata all'appropriatezza e all'efficienza, nonché al perseguimento dei maggiori livelli qualitativi nell'erogazione di prestazioni e servizi. Gli obiettivi sono inoltre orientati a favorire l'attuazione di tutte le misure necessarie al mantenimento del posizionamento regionale tra quello delle regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, nonché ad affrontare tutte le situazioni di criticità, sia in termini sanitari che economici, che tuttora si manifestano in specifiche aree di attività e che devono essere oggetto di monitoraggio e valutazione al fine di garantire i LEA.

L'ampiezza degli obiettivi e degli indicatori formulati tiene conto della necessità di cogliere il maggior numero dei fenomeni che insistono sulle condizioni di erogazione di servizi e prestazioni a favore dei cittadini, anche in previsione dell'imminente pubblicazione del DPCM con i nuovi LEA.

In Allegato A sono riportati gli obiettivi sanitari assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2017, che in larga misura risultano quindi collegati:

- agli obiettivi stabiliti in termini di adempimenti assegnati dai Ministeri della Salute e dell'Economia per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
- agli impegni previsti dal regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, di cui al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70;
- alle azioni finalizzate al mantenimento del posizionamento regionale tra quello delle regioni "benchmark" per la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, di cui al Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
- al rispetto dei vincoli e delle condizioni stabilite per evitare il ricorso ai piani di rientro aziendale di cui all'articolo 1, comma 524 e ss., della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici, di cui al Decreto 21 giugno 2016;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

- alla necessità di incrementare la capacità produttiva di prestazioni e servizi, in logica di appropriatezza e riduzione della mobilità passiva, a fronte dell'incremento di risorse messo a disposizione degli Enti del SSR nell'ambito dell'assegnazione del budget per l'anno 2017.

E' inoltre di particolare rilievo evidenziare come, nella definizione degli obiettivi sanitari, non è possibile trascurare la situazione di particolare difficoltà verificatasi in Regione a causa dei recenti eventi sismici, che introduce elementi di maggiore attenzione e impegno per gli Enti nello svolgimento delle loro attività, con particolare riferimento alle situazioni di disagio affrontate dai cittadini coinvolti.

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

- rispetto degli obblighi informativi;
- prevenzione;
- veterinaria e sicurezza alimentare;
- assistenza ospedaliera, emergenza urgenza, trasfusionale;
- assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria;
- assistenza farmaceutica;
- risorse umane;
- informatica;
- investimenti, beni e servizi.

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

Il Dirigente del Servizio Sanità ha incontrato in data 28 gennaio 2017 le Direzioni generali degli Enti del SSR per il confronto sui criteri di scelta di obiettivi ed indicatori.

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

Il responsabile del procedimento
(Lucia Di Furia)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

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

Il Dirigente
(Lucia Di Furia)

La presente deliberazione si compone di n. **34** pagine, di cui n. **29** pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta
(Deborah Giraldi)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

*Allegato A***Obiettivi sanitari anno 2017****RISPETTO DEGLI OBBLIGHI INFORMATIVI**

La disponibilità di dati e informazioni costituisce il presupposto fondamentale per monitorare l'andamento di un sistema, valutarne i risultati conseguiti, programmare le azioni di intervento e miglioramento. Su questi aspetti la Regione Marche è sottoposta a stringenti adempimenti in termini di obblighi informativi, attraverso i quali sono valutate tempestività, completezza e qualità dei flussi informativi. Il rispetto di tali obblighi diventa quindi condizione indispensabile per disporre degli elementi necessari per procedere alla successiva valutazione dei processi sanitari.

RISPETTO DEGLI OBBLIGHI INFORMATIVI

N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
1	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Flusso SIAD Adempimenti LEA c.7	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%	NO	NO	NO
2		Flusso SIAD Modello FLS21 Quadro H Adempimenti LEA c.7	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	NO	NO	NO
3		Flusso SIND Adempimenti LEA c.11	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	NO	NO	NO
4		Flusso SIND Adempimenti LEA c.11	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2017 rispetto al 2016	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2017	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2016	≥ 90%	NO	NO	NO
5		Flusso SISM Adempimenti LEA c.10	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	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

6	Flusso SISM Adempimenti LEA c.10	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%	NO	NO	NO
7	Flusso EMUR - PS Adempimenti LEA c.12	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	Valore compreso tra 90 e 100	Valore compreso tra 90 e 100	Valore compreso tra 90 e 100
8	Flusso EMUR - PS Modello HSP24 - Quadro H Adempimenti LEA c.12	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	Valore compreso tra 90 e 110	Valore compreso tra 90 e 110	Valore compreso tra 90 e 110
9	Flusso EMUR - 118 Adempimenti LEA c.12	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	NO	NO	NO
10	Flusso EMUR - 118 Adempimenti LEA c.12	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2017 rispetto al 2016	Numero di interventi del servizio 118 anno 2017	Numero di interventi del servizio 118 anno 2016	≥ 90%	NO	NO	NO
11	Flusso FAR; Modello STS - Quadro G Tipo assistenza = 2 (assistenza residenziale) Adempimenti LEA c.8	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	NO	NO	NO
12	Flusso FAR; Adempimenti LEA c.8	Completezza flusso FAR: Completezza dei record validi inviati	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2017	Numero totale record validi inviati nell'Anno 2016	Valore compreso tra 80 e 120	NO	NO	NO
13	Flusso Hospice Modello STS I I Adempimenti LEA c.9	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 STS I I	100%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

14		Farmaceutica Flussi DD e CO; Modello CE: BA0040, BA0050, BA0060 Adempimenti LEA c. 14 e 15	Assistenza farmaceu- tica - Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei far- maci: Incidenza del costo dai Flussi me- dicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE	Valore della spesa rilevata dai Flussi Medicinali per di- stribuzione diretta e consumi ospedalie- ri (al netto dei vac- cini)	Totale costi rile- vati dal Modello di conto econo- mico per le voci corrispondenti	≥ 95%	≥ 92%	≥ 96%	≥ 94%
15		Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE: voci B.1.A.3.1 Disposi- tivi medici e B.1.A.3.2 Disposi- tivi medici impian- tabili attivi Adempimenti LEA c.6	Consumi dispositivi medici: Valore per- centuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Mo- dello di conto eco- nomico	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	Δ anno prece- dente ≥ 30% In alter- nativa: ≥ 65%	Δ anno prece- dente ≥ 30% In alter- nativa: ≥ 65%	Δ anno prece- dente ≥ 30% In alter- nativa: ≥ 65%	≥ Anno 2016
16	Flusso I18; Accuratez- za del campo "Tipolo- gia mezzo di soccorso"	Flusso I18	% Missioni con codi- ce "tipologia mezzo di soccorso" = 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14 rispetto al totale	Σ Missioni con codice "tipologia mezzo di soccorso" = 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14	Σ Missioni con tutti i codici "ti- pologia mezzo di soccorso"	≥ 95%	NO	NO	NO
17	Anagrafica AREAS Dispositivi Medici	Rilevazione ad hoc	Normalizzazione Anagrafica AREAS Dispositivi Medici entro il 31/10/2017	Produzione di reportistica entro la data stabilita attestante le attività poste in essere ai fini della normalizzazione dell'anagrafica AREAS dispositivi me- dici entro il 31/10/2017		Docu- menta- zione inviata entro il 31/12/2 017	Docu- menta- zione inviata entro il 31/12/2 017	Docu- menta- zione inviata entro il 31/12/2 017	NO
18	Flusso FAR; Estensione Flusso FAR agli Ospedali di Comu- nità ed utilizzo del si- stema RUG III (DGR 960/2014 dgr 139/2016 e dgr 746/2016)	Flusso FAR	Compilazione e tra- missione Flusso FAR per tutti i servizi attivati negli Ospeda- li di Comunità	Numero servizi attivi negli Ospeda- li di Comunità pre- senti nei record validi inviati nell'Anno 2017	Numero totale servizi attivi ne- gli Ospedali di Comunità nell'Anno 2017	100%	NO	NO	NO
19			Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR		100%	NO	NO	NO
20	Completezza Tabella IC.bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura ac- creditate	D.M. 29.01.2013 e Circolare del Conto Annuale Adempimenti LEA c.2 e 3	% strutture di ricove- ro private accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis su totale strutture private ac- creditate	Num strutture pri- vate accreditate che hanno inviato Tab. IC.bis	Num. Totale strutture private accreditate	100%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

21	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2017 (Dati per dichiarazione dei redditi)	SIA; CUP	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2017 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2017	100%	100%	100%	100%
22	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2016)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2016)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2016)	100%	100%	100%	NO
23		Schede Cause di morte	Registrazione schede cause di morte anno 2015	Numero schede cause di morte registrate anno 2015	Numero totale schede cause di morte anno 2015	100%	NO	NO	NO
24	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i.	Flusso grandi apparecchiature - Adempimenti LEA	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i. censite nei nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, c. 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i. collaudate nell'anno 2017	100%	100%	100%	100%
25	nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31/12/2017	Flusso grandi apparecchiature Adempimenti LEA c.16	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche e private al 31/12/2017 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31/12/2017, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31/12/2017	100%	100%	100%	100%
26	Precisione degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera e distribuzione diretta	File H e File F	% Variazione spesa per correzione flussi già inviati nei trimestri precedenti	(Spesa originariamente comunicata nei flussi trimestrali) - (Spesa rilevata nei flussi trimestrali già inviati a seguito di correzioni successive)	Spesa originariamente comunicata nei flussi trimestrali	< 1,5% sul 1° trimestre; < 1% sul 1° semestre; < 0,5% sui primi 9 mesi	< 1,5% sul 1° trimestre; < 1% sul 1° semestre; < 0,5% sui primi 9 mesi	< 1,5% sul 1° trimestre; < 1% sul 1° semestre; < 0,5% sui primi 9 mesi	< 1,5% sul 1° trimestre; < 1% sul 1° semestre; < 0,5% sui primi 9 mesi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

27	Specialistica ambulatoriale: Completezza e tempestività degli invii mensili delle prestazioni erogate ai cittadini esenti	File C	Tempestiva comunicazione delle motivazioni relative agli scostamenti percentuali mensili anomali rispetto all'anno precedente nel flusso della specialistica ambulatoriale	Tempestiva comunicazione alla P.F. Sistema di governo del Servizio sanitario delle motivazioni relative agli scostamenti percentuali di competenza mensile, rispetto all'anno precedente, superiori alla soglia target, relativamente alle prestazioni erogate ai cittadini esenti		± 10% per ogni mese su ciascun distretto (A partire da Febbraio)	± 10% per ogni mese (A partire da Febbraio)	± 10% per ogni mese (A partire da Febbraio)	± 10% per ogni mese (A partire da Febbraio)
28	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Enti SSR Adempimenti MEF	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		≤0	≤0	≤0	≤0
29	Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti	MEF Adempimenti MEF	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture	70%	90%	90%	90%
30	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Rilevazione ad hoc	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1576/2016	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1576/2016 secondo i termini previsti		Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma
31	Rendicontazione spese sostenute per il sisma	Rilevazione ad hoc	Attivazione della rilevazione e della rendicontazione separata dei costi sostenuti per gli eventi sismici	Relazione trimestrale sulla rilevazione e rendicontazione separata dei costi sostenuti per gli eventi sismici		Predisposizione relazione trimestrale	Predisposizione relazione trimestrale	Predisposizione relazione trimestrale	Predisposizione relazione trimestrale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PREVENZIONE

Gli obiettivi indicati per la sezione Prevenzione sono conseguenti alla necessità di completare il riordino organizzativo nelle AA.VV. ASUR, il completamento della funzionalità del sistema informativo ASUR "Marche Prevenzione", il perseguimento degli obiettivi del PRP 2014 – 2018 (DGR 540/2015 e s.m.i.), con particolare riferimento agli indicatori sentinella ed al sistema di monitoraggio PASSI. In aggiunta, a seguito dell'accordo Stato Regioni 19.1.17 che contiene il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017 – 2019, sono indicati due primari obiettivi aggiuntivi del medesimo, ovvero l'attuazione dell'offerta gratuita attiva del vaccino contro il meningococco B per i nuovi nati e della vaccinazione della coorte dei 65enni per l'antipneumococcica, con l'attivazione dei MMG.

PREVENZIONE									
N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
32	completamento attuazione DGR 1287 del 16.9.2013	ASUR	organizzazione Dipartimenti di Prevenzione in A.V.	attuazione da parte di ciascuna AV del capitolo 3 della DGR 1287/2013 (determina)		approvazione atti	NO	NO	NO
33	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	ASUR	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 modif. 202/16	valori previsti per anno 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 ASUR	NO	NO	NO
34	realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	ARS su dati ASUR	n. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare	N. interviste effettuate	N. interviste da effettuare	≥ 90%	NO	NO	NO
35	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	ASUR	formalizzazione piano attuativo programmi 1 - 4 PRP in ciascuna A.V. per l'anno 2017	determina di ciascuna delle AA.VV. entro il 30/06/2017		approvazione atti	NO	NO	NO
36	DGR 540/2015 screening neonatali visivo ed oculare	sistema informativo regionale CEDAP integrato	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi		95%	95%	95%	NO
37			% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening		95%	95%	95%	NO
38	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" entro il 31/12/2017	ARS su dati ASUR	aggiornamento software screening oncologici	messa a regime in tutte le AA.VV.		relazione direzione generale ASUR	NO	NO	NO
39			implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	messa a regime in almeno 2 A.V. ASUR					
40			integrazione registro informatizzato idoneità sportive con il sistema "Marche Prevenzione"	messa a regime in tutte le AA.VV.					
41			implementazione area TSLL e notifiche art. 99 on line	messa a regime notifiche on line ex art. 99 D. Lgs 81/08 in tutte le AA.VV.					
42	Avvio dell'offerta attiva vaccino Meningo B nella coorte nati 2017 entro l' 01/09/2017	Anagrafe vaccinale informatizzata	copertura vaccinale	numero di soggetti vaccinati coorte nuovi nati 2017 con meningococco B	Numero di soggetti della coorte di nascita 2017	≥ 30%	NO	NO	NO
43	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Anagrafe vaccinale informatizzata	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

44	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Anagrafe vaccinale informatizzata	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> 5% rispetto anno 2016	NO	NO	NO
45	avvio campagna vaccinazione antipneumococcica nell'anziano (>= 65 anni)	ASUR	realizzazione di campagna vaccinale anti-pneumococcica nell'anziano = 65 aa	Numero di soggetti di età = 65 anni vaccinati per anti-pneumococcica	Numero di soggetti di età = 65 anni residenti	>= 55%	NO	NO	NO
46	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	ASUR/ sistema informativo INAIL - regioni	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. Aziende controllate	N aziende con almeno 1 dipendente	> 5%	NO	NO	NO
47	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2016 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2016	> 50%	NO	NO	NO
48			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2016 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2016	> 45%	NO	NO	NO
49			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2016 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2016	> 40%	NO	NO	NO
50			% di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei cancro invasivi screen-detected	N° di tutti i cancro screen-detected * 100	< 25%	NO	NO	NO
51		Rispetto PRP 2016-2018	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV	Avvio su almeno 3 AAVV	NO	NO	NO
52			% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro mammella su base eredo-familiare	N° AAVV con percorso cancro mammella su base eredo-familiare attivato	Totale AAVV	Avvio su almeno 3 AAVV	Esecuzione marcatori per le AAVV attivate	NO	NO
53		ARS su dati ASUR/AO	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	aumento di almeno due ore per AV/Azienda per ogni screening	NO	almeno due sedute per ognuno degli screening Mammella e colon retto	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Nell'area veterinaria e sicurezza alimentare sono stati mantenuti gli stessi obiettivi dell'anno 2016 e tra questi ci sono quelli vincolanti che sono resi tali dal Ministero. Si tratta di obiettivi legati al Piano Prevenzione 2015-2018 (Linee d'intervento nell'ambito dei programmi 9-10-11-12) e al Piano Integrato Regionale dei controlli ufficiali sulle filiere alimentari di cui alla DGR 880/2015.

Rispetto al 2016 e tenuto conto della ricaduta delle diverse emergenze del 2016 (epidemia Listeriosi, emergenza terremoto), si è reso necessario tarare l'indicatore sulla comunicazione del rischio in sicurezza alimentare dove l'ASUR, nel 2016, ha già avviato un progetto specifico: "Potenziamento dell'attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)".

E' obiettivo comune quello di tutelare i consumatori e far ripartire le imprese alimentari marchigiane (produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di alimenti) duramente colpite dagli eventi sismici.

VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
54	completamento attuazione DGR 1287 del 16.9.2013	ASUR	organizzazione Dipartimenti di Prevenzione in A.V.	attuazione da parte di ciascuna AV del capitolo 3 della DGR 1287/2013		atti delle 5 AA.VV.	NO	NO	NO
55	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	ASUR	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 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 ASUR	NO	NO	NO
56	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	ASUR-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuale di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2017		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	NO	NO	NO
57	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSF n. 1618 del 28/01/2013	SIVA-VETINFO	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%	NO	NO	NO
58			% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	NO	NO	NO
59	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota	SIVA-VETINFO	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	≥ 85 %	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

60	DGSF 2832 del 12 febbraio 2014		% di capi ovini e caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini e caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini e caprini morti	≥ 85% di ovini e ≥ 70 % di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie	NO	NO	NO
61	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci, sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	≥ 98 %	NO	NO	NO
62	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA-VETINFO	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	NO	NO	NO
63	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	SIVA-VETINFO	% Aziende e % Capi ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende e N. Capi ovi-caprini controllati	N. totale aziende e N. totale capi ovi-caprini	> 3% delle aziende e > 5% dei capi	NO	NO	NO
64			% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%	NO	NO	NO
65	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE - somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati-articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	SIVA-VETINFO	% di ispezioni effettuate sul totale delle programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. di ispezioni effettuate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. totale di ispezioni programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	≥ anno 2013	NO	NO	NO
66			% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	≥ anno 2013	NO	NO	NO
67	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	SIVA-VETINFO	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	≥ 95 % Piano OGM	NO	NO	NO
68	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	SIVA-VETINFO	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

69	SALMONELLOSI ZOOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa regi- strazione dati nel SIS-BDN	SIVA- VETINFO	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano sal- monellosi" in alleva- mento	Campioni effet- tuati	Totale cam- pioni previsti dal piano sal- monellosi	100%	NO	NO	NO
70	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	ASUR- Rilevazione ad hoc	Atti formali che defini- scono il programma annuale di audit dell'Autorità Compe- tente Locale su OSA.	Adozione atti formali che defini- scono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		Atti for- mali adot- tati che definisco- no il pro- gramma di audit dell' ACL su OSA. (Il pro- gramma deve com- prendere almeno il 30 % degli stabili- menti ri- conosciuti del settore latte e prodotti a base di latte)	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera

146

ASSISTENZA OSPEDALIERA – EMERGENZA URGENZA – TRASFUSIONALE

Gli obiettivi relativi all'area dell'assistenza ospedaliera e dell'emergenza-urgenza sono stati individuati, in coerenza con i provvedimenti normativi del livello centrale, per favorire il miglioramento dell'efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate nel setting ospedaliero (azioni di contrasto della mobilità passiva, efficienza della presa in carico in pronto-soccorso, ridefinizione delle attività di ricovero, miglioramento della qualità assistenziale e della presa in carico) e l'ottimizzazione della continuità assistenziale con la fase territoriale delle cure (monitoraggio della fase di implementazione delle cure intermedie all'interno degli Ospedali di Comunità). Inoltre, specifici sub-obiettivi attengono la facilitazione dell'accessibilità alle cure (contenimento dei tempi di attesa per le richieste di primo accesso al SSR e ottimizzazione delle modalità di presa in carico per alcune patologie croniche), la verifica dell'aderenza alle attività previste nei progetti prioritari di rilievo nazionale e nei PDTA regionali, l'impiego di setting ambulatoriali per alcune prestazioni erogate in regime di Day Surgery e l'incentivazione delle attività connesse agli espianti e trapianti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA

N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
71	OTTIMIZZAZIONE RETE POST-ACUZIE (DM 70/2015, DGR 139/2016 e DGR 746/2016 - Ospedali di Comunità / Cure Intermedie)	Rilevazione ad hoc	Completamento della ri-conversione dei p. I. ospedalieri in p.I. di cure intermedie	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro il 30/03/2017		Reportistica inviata entro il 30/03/2017	NO	NO	NO
72		Rilevazione ad hoc	Attivazione p.I. Cure Intermedie a gestione Medici Medicina Generale	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante lo stato di avanzamento relativamente ai PL di CI previsti		Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	NO	NO	NO
73		Rilevazione ad hoc	Completamento dell'attivazione di Attività/Servizi previsti negli Ospedali di Comunità	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro il 30/03/2017		Reportistica inviata entro il 30/03/2017	NO	NO	NO
74	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	($\sum$ DRG in R.O. 2017) - ($\sum$ DRG in R.O. 2016)	($\sum$ DRG in R.O. 2016)	+ 7,4% ($\sum$ DRG 149, 303, 481, 541, 569, 520)	+ 7,8% ($\sum$ DRG 2, 75, 104, 105, 110, 111, 149, 303, 481, 515, 541, 544, 569, 570)	+ 8,5% ($\sum$ DRG 2, 75, 105, 110, 111, 149, 303, 481, 515, 541, 544, 569, 570)	+ 7,8% ($\sum$ DRG 149, 303, 515, 569, 570)
75		Flusso SDO	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG ≥ 2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	>2016	>2016	>2016	>2016



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
146

76		Flusso SDO / File C	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2016)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2016)	>2016	>2016	>2016	>2016
77	Pronto Soccorso	Flusso EMUR/118 (Griglia LEA2017)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18 minuti	NO	NO	NO
78		Flusso EMUR/118	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro e oltre 30 minuti	≥ 80%	≥ 90%	≥ 60%	NO
79		Flusso EMUR/118	% pazienti con codice verde visitati entro 60 minuti	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro 60 minuti	Pazienti in PS con codice verde (al triage) visitati entro e oltre 60 minuti	≥ 80%	≥ 70%	≥ 70%	NO
80	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015, Griglia LEA 2017, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art. I, c.528, L.208/15)	% parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	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	≤15%	NO	NO	NO
81		Flusso SDO (DM 70/2015, Griglia LEA 2017, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art. I, c.528, L.208/15)	% parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	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	≤19%	≤25%	≤ 25%	NO
82		Flusso CEDAP/HSP (Griglia LEA 2017)	% parti fortemente pretermine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		n. assoluto ≤ a 12 parti pretermine	NO	n. assoluto ≤ a 6 parti pretermine	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

83	Dati CVPS (DGR 697/2015)	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%	100%	100%	NO
84	Flusso SDO (Griglia LEA 2017)	% 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	> 58,72%	> 66,47%	> 76,94%	NO
85	Flusso SDO (Griglia LEA 2017)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	< Valore 2016	< Valore 2016	< Valore 2016	< Valore 2016
86	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ Valore 2016	≥ Valore 2016	≥ Valore 2016	≥ Valore 2016
87	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	< 33.04%	< 48.60%	< 33.03%	< 1.17
88	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 22.56%	< 22.96%	< 24.66%	< 7.27%
89	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	< 5.12%	< 5.92%	< 4.51%	< 4.51%
90	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1.30	≤ 1.85	≤ 1.43	≤ 1.81
91	Flusso SDO (Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016	NO	NO	< Valore 2016



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

92	Flusso SDO (Questionario LEA)		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	< Valore 2016	NO	NO	< Valore 2016
93	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	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% Stabili-menti < 12%	≤ 8% per "Lancisi", < 14% per "Umberto I°"	< Valore 2016 per ciascun stabilimento	< Valore 2016 per "POR Ancona"
94		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% Stabili-menti < 14%	≤ 6% per ciascun stabilimento	≤ 9% per "S.Salvatore"; < Valore 2016 per "S.Croce"	< Valore 2016 per "POR Ancona"
95		Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale	NO	≤ 1% per "Lancisi"	≤ 1% per "S.Salvatore"	NO
96		Ictus ischemico: mortalità a 30 gg	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	100% Stabili-menti < 16%	≤ 8% per "Umberto I°"	≤ 10% per ciascun stabilimento	≤ 10% per "POR Ancona"
97		Int. TM cerebrale (craniotomia): mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. di tumore cerebrale ed int. di craniotomia in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con dia. di tumore cerebrale ed int. di craniotomia	NO	< Valore 2016 per "Umberto I°"	< Valore 2016 per "S.Salvatore"	NO
98		BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	100% Stabili-menti < 16%	< Valore 2016 per "Umberto I°"	< Valore 2016 per "S.Salvatore"; < 12% per "S.Croce"	< Valore 2016 per "POR Ancona"
99		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	100% Stabili-menti < 18%	< Valore 2016 per "Umberto I°"	< 12% per "S.Croce"	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera

146

100			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	100% Stabili-menti ≤ 0,5%	≤ 0,5% per "Umberto I°"	NO	NO
101			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% Stabili-menti ≤ Valore 2016	≤ 4% per "Umberto I°"	< 7% per "S. Salvatore"	NO
102			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	100% Stabili-menti < 8%	≤ 3% "Umberto I°"	≤ 3% per "S. Salvatore"	< Valore 2016 per "POR Ancona"
103			Parto naturale: % compli- canze	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 ricove-ri per parto natu-rale	100% Stabili-menti < Valore 2016	< Valore 2016 per "Salesi"	≤ 0,2% per "S. Salvatore"; < Valore 2016 per "S. Croce"	NO
104			Parto cesareo: % compli- canze	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 ricove-ri per parto cesa-reo	100% Stabili-menti ≤ Valore 2016	< Valore 2016 per "Salesi"	< Valore 2016 per "S. Salvatore"; < Valore 2016 per "S. Croce"	NO
105			Frattura tibia e perone: Tempo mediano attesa per int.	T. attesa mediano da ricovero a int. per frattura della tibia e/o della fibula		NO	< Valore 2016 per "Umberto I°"	≤ 4 gg per "S. Salvatore"	NO
106	MIGLIORAMENTO QUALITA' Applica- zione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016- volumi/esiti	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Proporzione di colecistec- tomie laparoscopiche eseguite in U.O. con vo- lumi di attività > 100 in- terventi annui	Numero ricoveri per colecistecto- mia laparoscopica in reparti con vo- lumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per co- lecistectomie laparoscopiche	> 80% (inclusi privati accreditati)	> 95%	> 98%	Assenza coleci- stectomie la- paro- scopiche
107		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistec- tomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con in- tervento di coleci- stectomia laparo- scopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a co- lecistectomia laparoscopica	>70%	>70%	>70%	Assenza coleci- stectomie la- paro- scopiche



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

108	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	97% inclusi privati accreditati	97%	97%	NO
109	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in U.O. con volumi > 75 casi annui	Numero di interventi per frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	100% inclusi privati accreditati	100%	100%	NO
110	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	95% inclusi privati accreditati	95%	100%	95%
111	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di interventi per <i>by pass</i> aorto-coronarico eseguiti in U.O. con volumi > 200 casi annui	Numero di interventi per <i>by pass</i> aorto-coronarico eseguiti in reparti con volumi > 200 casi annui	Numero totale ricoveri per <i>by pass</i> aorto-coronarico	NO	100%	NO	NO
112	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Mortalità a 30 giorni (aggiustata per gravità) per intervento di <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di <i>by pass</i> aorto-coronarico isolato	Numero totale ricoveri per <i>by pass</i> aorto-coronarico	NO	≤2015	NO	NO
113	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	100%	100%	100%	Assenza PTCA
114	Flusso SDO (DM 70/2015)	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%	≥val2016	≥val2016	Assenza PTCA
115	Flusso SDO (PNE-proxyDM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	> 30% inclusi privati accreditati	> 47.62%	> 49.63%	>30% o assenza PTCA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

116		Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art. I, c. 528, L. 208/15)	Mortalità a 30 giorni (aggiustata per gravità) per intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	Numero di decessi a 30 giorni in seguito a intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	Numero totale ricoveri intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (escl. Protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI)	NO	≤2015	NO	NO
117	Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante la rendicontazione analitica su singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro 30/04/2018		Documentazione inviata entro il 30/04/2018	Documentazione inviata entro il 30/04/2018	Documentazione inviata entro il 30/04/2018	Documentazione inviata entro il 30/04/2018
118	Progetto Regione Marche "Rete telematica per la Gestione delle sindromi coronariche acute" (DGR 1282/2016)	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti il progetto	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione a cadenza semestrale: entro 31/07/2017 ed entro il 31/01/2018		Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018
119	Strategia delle Aree Interne "Basso Apennino Pesarese e Anconetano" (DGR 954/2016)	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione a cadenza semestrale: entro 31/07/2017 ed entro il 31/01/2018		Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018	Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018
120	OTTIMIZZAZIONE DELLA PRESA IN CARICO	Rilevazione ad hoc	Presenza in carico con prescrizione, prenotazione e disponibilità di slot dedicati per pazienti oncologici in tutte le strutture che trattano pazienti neoplastici (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta presa in carico con prescrizione, prenotazione e l'attivazione di slot dedicati per TUTTI i pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture che trattano pazienti neoplastici per Az/AV		Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
121	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa	File C	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	N. totale delle richieste di prestazioni	> 90%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

122	Rilevazione ad hoc	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% ALPI	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione di almeno 1 agenda differenziata per almeno 5 prestazioni critiche, per Az/AV, sottoposte a monitoraggio		Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
123	Rilevazione ad hoc	Disponibilità di slot dedicati in agende di neurologia (solo INRCA), diabetologia, nefrologia, cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante la disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
124	File C	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	>90%	>90%	>90%
125			Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%
126	File C	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	>90%	>90%	>90%
127			Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	>90%	>90%	>90%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

128	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 <i>Ictus in fase acuta</i>	Flusso SDO	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436)) sottoposti a trom- bolisi e.v. (ICD9- CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazien- ti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436))	>2016	>2016	>2016	>2016
129	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 988/16 Trauma grave	Rilevazione ad hoc	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazien- ti trauma mag- giore	>2016	NO	NO	NO
130				N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazien- ti trauma mag- giore	>2016	NO	>2016	NO
131				N° pazienti con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazien- ti trauma mag- giore	>2016	NO	>2016	>2016
132	PRELIEVO ORGANI E TESSUTI	Flusso EMUR	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	<2016	<2016	<2016	NO
133		Rilevazione ad hoc	% Accertamenti di morte con criteri neurologici (ME) su decessi per lesio- ne cerebrale acuta (DACL) nei reparti di Rianimazione	N° accertamenti di morte con cri- teri neurologici (ME) nei reparti di Rianimazione	N° decessi per lesione cerebrale acuta (DACL) nei reparti di Rianimazione	≥ 25%	≥ 50%	≥ 50%	NO
134		Rilevazione ad hoc	% di donatori di cornee procurati: Consensi otte- nuti e procedimenti dona- zione cornee avviati sui decessi totali	N° donatori pro- curati di cornee (consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati)	N° decessi totali (esclusi i proce- dimenti a cassa aperta)	≥ 5%	≥ 5%	≥ 5%	NO
135	CHIRURGIA AMBULATORIALE	Rilevazione ad hoc	% Opposizioni su accer- tamenti di morte	N° opposizioni	N° accertamenti di morte	< 5% ri- spetto a media nazionale	< 5% ri- spetto a media nazionale	< 5% rispetto a media naziona- le	NO
136		Flusso SDO - File C (DGR 709/14)	% prestazioni ad alto ri- schio di non appropria- tezza in DS	Σ prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in DS	Totale presta- zioni in DS e ambulatoriali	< 2,33% (Escluso sta- bilità di Osimo (DGR 885/16)	< 0,15%	< 1,48%	< 23,50% (Incluso sta- bilità di Osimo (DGR 885/16)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera

146

ATTIVITA' TRASFUSIONALE - Target DIRMT / ASUR

N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target DIRMT / ASUR
137	Piano di produzione regionale 2017 - Sangue e Plasma	Centro Nazionale Sangue (SISTRA)	Piano di produzione regionale 2017 - Sangue Intero	Produzione sangue intero anno 2017		> 76.000 [Target DIRMT]
138			Piano di produzione regionale 2017 - Plasmaferesi	Produzione plasmaferesi anno 2017		> 23.261 [Target DIRMT]
139			Piano di produzione regionale 2017 - Multicomponent	Produzione Rossi-plasma + Altri emocomponenti (PLT, PLPLT, ecc.) anno 2017		> 3.271 [Target DIRMT]
140	Piano di lavorazione industriale 2017 - Produzione farmaci	Report CNS - Kedrion	Plasma Frazionato Kg	Produzione plasma frazionato Kg		> 32.000 [Target DIRMT]
141			Albumina 20% 50 ml flac	Produzione albumina 20% 50 ml flac		> 76.000 [Target DIRMT]
142			Ig Vena 5 g flac	Produzione ig vena 5 g flac		> 23.000 [Target DIRMT]
143			Fattore VIII 1000 UI flac	Produzione fattore VIII 1000 UI flac		> 1.100 [Target DIRMT]
144			Fattore IX 1000 UI flac	Produzione fattore IX 1000 UI flac		> 620 [Target DIRMT]
145			Complesso Protrombinico 500 UI flac	Produzione complesso protrombinico 500 UI flac		> 1.600 [Target DIRMT]
146			AT III UI flac	Produzione AT III UI flac		> 3.000 [Target DIRMT]
147			Plasma di Grado Farmaceutico sacche	Produzione plasma di grado farmaceutico sacche		> 10.000 [Target DIRMT]
148	Aggiornamento percorsi formativi e adeguamento dei modelli organizzativi	Rilevazione ad hoc	VI Corso di formazione per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi	Effettuazione VI Corso di formazione per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi		Effettuazione corso [Target DIRMT]
149			Retraining per il personale (medici e ostetriche Ostetricia) + (medici e tecnici trasfuzionisti) per la raccolta SCO	Effettuazione retraining per il personale (medici e ostetriche Ostetricia) + (medici e tecnici trasfuzionisti) per la raccolta SCO		Effettuazione retraining [Target DIRMT]
150	Potenziamento dell'offerta	Rilevazione ad hoc	Campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS	Implementazione delle campagne promozionali sulla donazione del sangue e del plasma in collaborazione con AVIS		Implementazione delle campagne promozionali [Target DIRMT]
151			Incremento dei donatori	N° donatori anno 2017 - N° donatori anno 2016	N° donatori anno 2016	Incremento 10% rispetto al 2016 [Target DIRMT]
151 Bis			Incremento raccolta associativa (DGR 736/2016) in collaborazione col l'AVIS	Reportistica da inviare alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione, attestante il potenziamento della raccolta associativa su ciascuna AV		Documentazione inviata entro il 31/01/2018 [Target ASUR]
152	Rinnovo certificazione ISO 9001-2015 Rinnovo accreditamento	Rilevazione ad hoc	Superamento verifica e ottenimento certificazione e accreditamento	Effettuazione procedimenti per superamento verifica e ottenimento certificazione e accreditamento		Effettuazione procedimenti [Target DIRMT]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Gli obiettivi sanitari individuati nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'integrazione sociale e sanitaria per l'anno 2017 rispecchiano le esigenze della Regione Marche di monitorare costantemente i diversi setting assistenziali di competenza. Esigenza rafforzata nell'ambito degli attuali adempimenti LEA in cui si richiede la garanzia di appropriatezza degli interventi programmati per far fronte ai bisogni sempre più complessi a supporto delle fragilità. Il Piano nazionale sulle cronicità, il piano nazionale e regionale sulle demenze, le linee di indirizzo regionali sulle cure domiciliari, le ultime deliberazioni regionali sull'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria, confermano tali orientamenti. Infine la necessaria attenzione allo sviluppo dei setting assistenziali messi più a dura prova dall'emergenza sisma; in particolare l'individuazione di strutture residenziali di cui al secondo step della DGR 1013/14, esclusa la residenzialità per minori e giovani della salute mentale, così come specificato dalla lettera ASUR prot. 3301 del 30/1/17 e attivazione delle convenzioni collegate, già carenti ed ora indispensabili. A queste si aggiungono, previste con la citata delibera e non ancora attuate, le 5 Case della Salute (una per Area Vasta) da attivare nell'anno in corso.

ASSISTENZA TERRITORIALE / INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
153	Operatività dell'organizzazione dell'integrazione sociale e sanitaria nei territori	DGR 110/15 DGR 111/15	Formalizzazione e attivazione effettiva delle O.U. SeS entro il 30/6/2017	Numero U.O. SeS attivate	Numero U.O. SeS previste (13)	100%	NO	NO	NO
154			Adesione al percorso di monitoraggio periodico dell'applicazione delle DD.GG.RR. 110/15 e 111/15 secondo la tempistica concordata nel Gruppo regionale di cui ai Decreti 31/SAN 2016 e 62/SAN 2016	Per ogni periodo monitorato: Numero Questionari correttamente compilati pervenuti	Numero Questionari previsti (13)	100%	NO	NO	NO
155	Assistenza residenziale e semiresidenziale	DGR 1331/14 DGR 289/15	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 attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i Codici ORPS) di competenza nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC		100%	NO	NO	NO
156		DGR 1013/14 Completamento secondo step	Individuazione strutture residenziali di cui al secondo step della DGR 1013/14, esclusa la residenzialità per minori e giovani della salute mentale, così come specificato dalla lettera ASUR prot. 3301 del 30/1/17 e attivazione delle convenzioni collegate	Report entro 31/12/2017		100%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

			te					
157		DGR 1013/14 Completamento secondo step	Attivazione di 5 Case della Salute di tipo A (una per Area Vasta)	Report entro 31/12/2017	100%	NO	NO	NO
158	Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali	Dgr 1331/2014	Atti di convenzionamento	Trasmissione completa degli atti di convenzionamento dell'ASUR per l'anno 2017 divisi per tipologia di struttura di cui alla DGR 1331/2014	100% delle convenzioni	NO	NO	NO
159	Consultorio	L. 405/1975 Del. Amm. n. 202/1998	Attivazione Cartella Informatizzata Consultoriale (Lotto 4)	Numero di Cartelle Attivate	100%	NO	NO	NO
160	Disturbi del Comportamento Alimentare DGR 247/2015 e 1540/2016	Rilevazione ad hoc	Attivazione ambulatori per disturbi del comportamento alimentare	Numero di ambulatori attivati	100% ambulatori previsti da DGR 1540/2016	NO	NO	NO
161	Demenza/Alzheimer Residenziale	flusso FAR/RUGIII - DGR 1331/2014	definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting R2D ed R3.1 di cui alla dgr 1331/2014	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale	valutazione e costante monitoraggio di tutti i pazienti afferenti ai livelli assistenziali codificati come R2D e R3.1 dei cui alla DGR 1331/2014	NO	NO	NO
162	Demenza/Alzheimer Semi Residenziale	flusso FAR/RUGIII - DGR 1331/2014	definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting SRD ed SR di cui alla dgr 1331/2014	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale	valutazione e costante monitoraggio di tutti i pazienti afferenti ai livelli assistenziali codificati come SRD e SR dei cui alla DGR 1331/2014	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
146

163	Assistenza residenziale e semiresidenziale DGR 1331/2014 e DGR 289/2015	Rilevazione ad hoc	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		Inserimento da parte di tutte le aree vaste di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i Codici ORPS) nel 2016 nell'applicativo di gestione del listino multiplo per coppie prodotto/fornitore del sistema AREAS AMC entro 31/12/2016	NO	NO	NO
164	Cure Domiciliari	Flusso SIAD/RUG III HC DGR 791/2014	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	NO	NO	NO
165		Flusso SIAD	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA1 e 2	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA1 e 2		$\geq$ mediana nazionale 2015 (5,15)	NO	NO	NO
166		Flusso SIAD	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA3 e 4	Tasso standardizzato per 1000 abitanti di PIC con classe CIA3 e 4		$\geq$ mediana nazionale 2015 (1,53)	NO	NO	NO
167	Superamento OPG	DGR 430/2015 convenzione con Regione campania per sistema Informativo SMOP	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		Presa in carico informatizzata da parte dei DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria	NO	NO	NO
168	Medicina legale	sistema informativo integrato INCIV INPS/ASUR	Num. giorni medi di attesa visita I.C. / Num. giorni max attesa previsti	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	NO	NO	NO
169		sistema informativo integrato INCIV INPS/ASUR	Num. giorni medi di attesa visita L. 104 / Num. giorni max attesa previsti	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	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

170	Diseguaglianze / Immigrati Attuazione DGR 1/2015	Rilevazione ad hoc	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 31/01/2018	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2018	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2018	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2018
171	Diseguaglianze / Immigrati Accessibilità ambulatori STP/ENI in relazione a domanda territoriale	Rilevazione ad hoc	N. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per Area Vasta	(N. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per Area Vasta - Anno 2017) - (N. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per Area Vasta - Anno 2016)	≥ Valore 2016	NO	NO	NO
172	Diseguaglianze / Immigrati Servizi di mediazione interculturale presso i servizi sanitari SSR Marche	Rilevazione ad hoc	Dispositivo Mediazione Interculturale (linee guida regionali Cir. Sanità 21/01/16 prot. 570 e normative di riferimento)	N. servizi di mediazione interculturale attivati per AAVV e AAOO	Relazione sull'utilizzo / avvio del Dispositivo entro il 31/01/2018	Relazione sull'utilizzo / avvio del Dispositivo entro il 31/01/2018	Relazione sull'utilizzo / avvio del Dispositivo entro il 31/01/2018	NO
173	Diseguaglianze / Immigrati Attuazione DGR 857/2015	Rilevazione ad hoc	Indicatori di cui ai punti d) art. 5 e allegato D) DGR 857/2015	Attività di cui ai punti d) art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 realizzate per AAVV e per AAOO	Relazione su stato attuazione punti d) art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2018	Relazione su stato attuazione punti d) art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2018	Relazione su stato attuazione punti d) art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2018	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'appropriatezza delle prescrizioni e l'uso razionale dei farmaci sono i principali obiettivi per l'assistenza farmaceutica, attraverso i registri AIFA, i piani terapeutici e l'incremento della distribuzione diretta dei farmaci e della farmacovigilanza, con la specifica esigenza di affrontare l'importante criticità del superamento dei tetti di spesa sia per la parte ospedaliera che territoriale. L'incremento qualitativo dei flussi informativi (sia per la farmaceutica che per i dispositivi medici) che rilevano la spesa e il rispetto del tetto (del 7,96%) di spesa per la farmaceutica convenzionata stabilito dalle L. 232/2016 sono anch'essi fondamentali per la gestione economica finanziaria di tali prestazioni.

Infine il ri rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (ad esclusione della spesa per i farmaci con esenzione "T16") che stanno garantendo le esigenze delle popolazioni colpite dal sisma.

ASSISTENZA FARMACEUTICA									
N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
174	Rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata (ad esclusione della spesa per i farmaci con esenzione "T16")	Monitoraggio AIFA	Incidenza % spesa farmaceutica convenzionata su FSR	Spesa farmaceutica convenzionata al netto di sconti, ticket e payback	Fondo Sanitario Regionale	≤ 7,96% (riduzione di spesa netta "distinte contabili" prevista pari a € 12 milioni rispetto al 2016)	NO	NO	NO
175	Incremento distribuzione diretta	File F	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2016	(DDD in distribuzione diretta anno 2017 - DDD in distribuzione diretta anno 2016)	DDD in distribuzione diretta anno 2016	≥ 2% rispetto al 2016	≥ 5% rispetto al 2016 per 1° Livello ATC "L"	≥ 5% rispetto al 2016 per 1° Livello ATC "L"	≥ 5% rispetto al 2016 per 1° Livello ATC "L"
176	Riduzione spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata	File H, SDO, File C	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2017	(Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti ospedalieri anno 2017)		< rispetto al 2016	< rispetto al 2016	< rispetto al 2016	< rispetto al 2016
177	Riduzione spesa per dispositivi medici in relazione alla produzione erogata	Modello CE, SDO, File C	Andamento spesa per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2017	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2017)		≤ 3% rispetto al 2016	≤ 3% rispetto al 2016	≤ 3% rispetto al 2016	≤ 3% rispetto al 2016
178	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Rilevazione ad hoc	% PT verificati su totale PT	N° PT verificati	N° tot. PT	100%	100%	100%	100%
179		Rilevazione ad hoc	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
180		Rilevazione ad hoc	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive		≥ 3	≥ 3	≥ 3	≥ 3
181	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura	File F	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
182	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	Flusso farmacie convenzionate	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 99%	NO	NO	NO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

183	Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto	Flusso farmacie convenzionate	% DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata	≥ 2,5% rispetto al 2016	NO	NO	NO
184	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	Flusso farmacie convenzionate, File F	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	≥ 2,5% rispetto al 2016	≥ 2,5% rispetto al 2016	≥ 2,5% rispetto al 2016	≥ 2,5% rispetto al 2016
185	Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci antibiotici	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2017) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2016)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2016)	< al 2% rispetto al 2016	< al 2% rispetto al 2016	< al 2% rispetto al 2016	< al 2% rispetto al 2016
186	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2016)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2016)	≥ 6% rispetto al 2016	≥ 2% rispetto al 2016	≥ 2% rispetto al 2016	≥ 1% rispetto al 2016
187	Incremento segnalazioni ADR	RNFV/ Vigifarmaco	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2016	(N° segnalazioni ADR anno 2017 - N° segnalazioni ADR anno 2016)	N° segnalazioni ADR anno 2016	> 10% rispetto al 2016	> 10% rispetto al 2016	> 10% rispetto al 2016	> 10% rispetto al 2016
188	Rispetto della compilazione Registri AIFA	Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%	100%	100%	100%



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

RISORSE UMANE

Gli obiettivi indicati nella sezione "Risorse umane" rispecchiano l'esigenza di adeguare le politiche aziendali ai più importanti adempimenti in materia stabiliti a livello nazionale e regionale. Oltre all'adeguamento del numero di strutture semplici e complesse agli standard previsti dal Comitato LEA, essi sono rivolti al rispetto del piano assunzioni previsto per l'anno 2017, alla ricostituzione delle unità di personale cessato nell'anno in oggetto, alla riduzione del precariato ed alla garanzia della continuità assistenziale.

RISORSE UMANE									
N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
189	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard del Comitato LEA	Rilevazione ad hoc	Riduzione scostamento Strutture Complesse Ospedaliere previste rispetto a standard Comitato LEA	N° Strutture Complesse Ospedaliere previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) (Al 31/12/2017)		< 2016	< 2016	< 2016	< 2016
190		Rilevazione ad hoc	Riduzione scostamento Strutture Complesse Territoriali previste rispetto a standard Comitato LEA	N° Strutture Complesse Territoriali previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) (Al 31/12/2017)		< 2016	< 2016	< 2016	< 2016
191		Rilevazione ad hoc	Riduzione scostamento Strutture Semplici previste rispetto a standard Comitato LEA	N° Strutture Semplici previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) (Al 31/12/2017)		< 2016	< 2016	< 2016	< 2016
192	Piano assunzioni	Rilevazione ad hoc	Attuazione piano assunzioni	Documentazione inviata alla P.F. Risorse Umane attestante l'avvenuta attuazione del piano assunzioni entro la data stabilita		Documentazione inviata entro il 31/01/2018	Documentazione inviata entro il 31/01/2018	Documentazione inviata entro il 31/01/2018	Documentazione inviata entro il 31/01/2018
193	Garantire il rispetto del turnover	Rilevazione ad hoc	% Turnover	N° Assunzioni	N° Cessazioni	≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%	≥ 100%
194	Riduzione precariato	Rilevazione ad hoc	Rapporto tra unità equivalenti a tempo determinato ed unità equivalenti a tempo indeterminato	Unità equivalenti a TD	Unità equivalenti a TI	< 2016	< 2016	< 2016	< 2016
195	Garantire la continuità assistenziale	Rilevazione ad hoc	Continuità assistenziale: adozione piani emergenza/urgenza	Documentazione inviata alla P.F. Risorse Umane attestante l'avvenuta adozione dei piani emergenza/urgenza entro la data stabilita		Documentazione inviata entro il 31/01/2018	Documentazione inviata entro il 31/01/2018	Documentazione inviata entro il 31/01/2018	Documentazione inviata entro il 31/01/2018



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera

146

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

INFORMATICA

Gli obiettivi sono stabiliti in coerenza con le indicazioni dell'Agenzia per l'Italia digitale e del Ministero della salute volti alla valutazione della realizzazione del FSE ed alla dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, verificandone la conformità a quanto stabilito dagli specifici decreti legge; l'obiettivo ultimo è quello di rendere disponibili e fruibili dati e informazioni a livello regionale e nazionale, per indagini epidemiologiche, valutazioni statistiche, registri nazionali e raccolta di dati a fini della programmazione sanitaria. La realizzazione del FSE e della dematerializzazione, in conformità a quanto disposto dal livello centrale, è compresa tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni e le province autonome per l'accesso al finanziamento integrativo a carico del Servizio sanitario nazionale.

INFORMATICA

N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
196	Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	FSE	Cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE		≥ 100 cittadini per AV	≥ 100 cittadini	≥ 100 cittadini	NO
197		FSE	% di referti laboratorio presenti nell'FSE	Numero referti laboratorio in FSE		≥ 100 referti per almeno 3 AV	≥ 50 referti	≥ 50 referti	NO
198		Rilevazione ad hoc	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%	100%	100%	100%
199		Rilevazione ad hoc	Alimentazione FSE con referti prodotti da sistemi informativi clinici/specialistici	Numero nuovi sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2017 funzionalmente integrati con l'infrastruttura del FSE	Numero sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2017	100%	100%	100%	100%
200		Anagrafe Unica Regionale ASR-EMPI	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%	<5%	<5%	<5%
201	Dematerializzata specialistica (DGR 808/2015)	SAR SAC	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette dematerializzate	N° totale ricette	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
202	Specialistica ambulatoriale: Corretta gestione delle ricette specialistiche dematerializzate - Presa in carico ed erogazione tramite SAR	SAR	% 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 (Errore 5315)	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI	100%	100%	100%	100%
203	Anagrafiche prodotti / servizi SI AREAS	AREAS	Qualità e affidabilità nel processo di codifica delle anagrafiche prodotti / beni / servizi	N° prodotti nuovi codificati correttamente con sistema "workflow"	N° richieste complessive annuali	42% richieste evase	29% richieste evase	29% richieste evase	NO
204	Pagamenti online	Mpay	Attivazione del servizio			Attivazione servizio	NO	NO	Attivazione servizio



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

INVESTIMENTI, BENI E SERVIZI

Gli obiettivi afferenti all'area "Investimenti, beni e servizi" muovono dalla necessità di potenziare dal punto di vista quantitativo e qualitativo il settore degli investimenti sanitari, nonché dall'esigenza di favorire la piena operatività della Stazione Unica Appaltante della Regione Marche. In particolare, oltre alla completa attuazione da parte delle aziende degli investimenti già autorizzati con DGR 1640 del 2016, viene posta particolare attenzione al rispetto delle procedure per la realizzazione del Nuovo Ospedale Pediatrico e all'attuazione del programma di adeguamento delle strutture sanitarie alle norme antincendio.

INVESTIMENTI, BENI E SERVIZI									
N.	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
205	Attuazione piano investimenti autorizzato in sede di definizione del budget di risorse assegnate	Rilevazione ad hoc	% Valore investimenti attuati rispetto alle risorse autorizzate ex DGR 1640/2016	Valore economico (Iva compresa) della spesa effettuata per investimenti autorizzati ex DGR 1640/2016	Valore economico budget autorizzato per investimenti ex DGR 1640/2016	100%	100%	100%	100%
206	Avvio della realizzazione del Nuovo Ospedale Pediatrico	Rilevazione ad hoc	Realizzazione procedure per l'accoglienza delle degenze del Salesi presso l'Ospedale di Torrette	Predisposizione del 6° piano dell'Ospedale di Torrette per accogliere la prevista quota di degenze del Salesi		NO	Rispetto cronoprogramma Det. Aziendale n. 89/DG del 03/02/2017	NO	NO
207	Attuazione del Programma di adeguamento delle strutture sanitarie alle norme antincendio (Del. CIPE n.16/2013; Decr. n.34/ESO/2016)	Rilevazione ad hoc	Predisposizione progetti individuati per l'attuazione del Programma di adeguamento delle strutture sanitarie alle norme antincendio	Progetti predisposti per l'attuazione del Programma di adeguamento alle norme antincendio	Progetti individuati per l'attuazione del Programma di adeguamento alle norme antincendio	100% entro 30/04/2017 AV2 (Presidio Senigallia) e AV3 (Presidio Macerata)	NO	NO	NO
208	SUAM	Rilevazione ad hoc	Rispetto delle consegne previste dai decreti regionali	Consegne previste dai decreti regionali rispettate	Totale consegne previste dai decreti regionali	100%	100%	100%	100%