

OBIETTIVI ECONOMICI					
PRE-REQUISITI					
Prog.	PREREQUISITI		TARGET AST PESARO URBINO		
	P.1 - Equilibrio di bilancio		SI		
	P.2 - rispetto del tetto della spesa del personale	Rispetto delle disposizioni sul tetto del personale in applicazione del D. L. 35/2019 (convertito con Legge 60/2019) Adempimento ag (MEF)	SI		
	P.3 - Tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	<=0		
GESTIONE DEI COSTI E DEI DEBITI					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
1	Rispetto del budget dei costi	Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024, rispetto al budget dei costi al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i	(Valore economico del totale dei costi al netto degli scambi infragruppo, delle entrate proprie e di eventuali costi derivanti da ulteriori contributi non previsti a budget rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) - (Budget dei costi, al netto degli scambi infragruppo e delle entrate proprie, assegnato con DGR 1851/2022 e s.m.i)		<=0
2	Rispetto dei tempi di pagamento	% valore fatture pagate oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Valore Fatture pagate nell'esercizio 2024 oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014	Totale valore fatture pagate nell'esercizio 2024	<5% (Al netto di nc di fatture su cui insiste un contezioso)
3	Rispetto art. 15, c. 14, D.L. 95/2012, convertito dalla L. 135/2012	Variazione annuale totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali * Sono escluse le singole strutture: - rientranti negli accordi quadro regionali dell'annualità 2022 e 2024; - con costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali dell'annualità 2024 ≤ ai medesimi costi sostenuti nell'annualità 2012; - prestazioni finalizzate al recupero e al miglioramento delle liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali e ricoveri, anche in relazione al recupero delle attività non erogate nel periodo pandemico, in attuazione dell'art. 4, c. 9-octies della L. 14/2023, di conversione del DL 198/2022, nei limiti dei finanziamenti previsti dalla DGR 1243/2023.	(Totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2024) - (Totale costi per acquisti di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali da strutture private accreditate regionali* rendicontati nel Bilancio di Esercizio 2023)		<=0
ATTIVITA' RELATIVE ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE DI ORGANIZZAZIONE DEL SSR					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
4	Avvio delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST) dal 01.01.2023	Adozione di tutti gli atti di specifica competenza per la piena funzionalità delle AST			entro il 31.12.2024
FARMACEUTICA					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
5	Spesa farmaceutica per acquisti diretti	Variazione Incrementale massima della spesa farmaceutica acquisti diretti del 4% rispetto alla spesa del 2023. Sono inclusi i farmaci innovativi. Sono esclusi i gas medicali ed i vaccini (Fonte ARS: flussi H e F).	(Spesa 2024-2023)*100	Spesa 2023	≤ 2023
6	Spesa farmaceutica convenzionata netta	Assegnazione del tetto della spesa della farmaceutica convenzionata per ciascuna AST calcolato sulla base dei dati rilevati dalle Distinte contabili riepilogative mensili (DCR) del 2023	Tetto 2024		46.900.000
7	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata (Per AST: ATC J01 - Antibatterici per uso sistemico) (Per AOU e INRCA: ATC J01DH - Carbapenemi)	Variazione DDD antibiotici per pazienti residenti (Per AOU e INRCA la Variazione DDD è calcolata in rapporto a 100 giornate di degenza)	N° DDD antibiotici: anno 2024-2023		valore negativo
8	Ispezioni Farmacie convenzionate	N. di ispezioni presso le farmacie convenzionate	N. ispezioni presso le farmacie convenzionate		19
9	Centralizzazione allestimento terapie oncologiche e riduzione del rischio clinico	UFA n. 1 per provincia/avvio progetto per realizzazione nel 2024			100%
10	Spesa relativa ai dispositivi medici	Riduzione o mantenimento della spesa relativa ai dispositivi medici rispetto al valore rendicontato nei precedenti esercizi (BA0220, BA0230 e BA0240)			≤ 2023

11	Anagrafica dispositivi medici in AREAS	Normalizzazione anagrafica dispositivi medici entro il 31/12/2023			rendicontazione entro il 28/02/2024
FARMACEUTICA					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
12	Rispetto scadenze per adempimenti LEA C14 e C15 Acquisti diretta di farmaci	I dati e le motivazioni di scostamento richieste devono pervenire entro 7 10 giorni dalla richiesta ARS	Rispetto della scadenza		100%
13	Rispetto tempistica di inserimento delle schede di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini nella rete di farmacovigilanza (art. 22 comma 5 DM 30/04/2015)	L'intervallo tra la data di segnalazione e la data di inserimento nella rete di farmacovigilanza deve essere inferiore a 7 giorni			100%
14	Coerenza tra flusso Consumi DM (DM 1 e DM2, no DM Q e L) e Modello CE Consuntivo	90 % Costi da flusso Consumi DM rispetto a costi da conti CE B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi, esclusa la spesa rilevata per alcune CND (CND Z "Apparecchiature e relativi componenti accessori e materiali" ad accezione della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica" e della CND W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D.Lgs 332/2000)")	Flusso dei Consumi	Costi dai conti CE	≥ 90%
15	Rispetto tempistica di validazione dei rapporti operatori di incidenti gravi	L'intervallo tra la data dell'incidente e la data di validazione nella rete di dispositivo vigilanza deve essere inferiore a 3 giorni per gli incidenti gravi.			100%
16	Spesa relativa all'assistenza protesica	Riduzione o mantenimento della spesa relativa agli acquisti sanitari per l'assistenza protesica rispetto al valore rendicontato nel precedente esercizio 2022 (CE BA0750)			≤ 2023
PERSONALE					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
17	Contenimento del precariato	Report periodici con UE e costo del personale in servizio con contratti di lavoro "flessibili"	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore Risorse umane e form.attestante il personale in servizio (in termini di UE e costo) con convenzioni interaziendali, con contratti di lavoro autonomo, con contratti di formazione lavoro o altri rapporti formativi, con contratti di somministrazione di lavoro		Produzione reportistica al 30/09/2024 (da produrre entro il 30/11/2024); Produzione reportistica al 31/12/2024 (da produrre entro il 31/01/2025).
18		Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2024 - N. UE relative a contratti flessibili anno 2023 (entrambi gli anni al netto delle assunzioni per l'abbattimento delle liste di attesa)	N. UE relative a contratti flessibili TD anno 2023 (al netto delle assunzioni per l'abbattimento delle liste di attesa)	- 25% rispetto al 2023
19	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Definizione di un budget annuale dei costi relativi alle prestazioni aggiuntive	Produzione documentazione attestante la definizione del budget assegnato alle prestazioni aggiuntive		Report entro il 30/11/2024
PERSONALE					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
20	Governo del ricorso all'istituto delle "prestazioni aggiuntive"	Report dei costi periodici per prestazioni aggiuntive	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita dal Settore Ris.umane e form. per Area contrattuale nel periodo di competenza, previsione del costo annuale e scostamento col budget assegnato		Produzione reportistica al 30/6/2024 (da produrre entro il 30/11/2024); Produzione reportistica al 30/9/2024 (da produrre entro il 31/12/2024); Produzione reportistica al 31/12/2024 (da produrre entro il 31/03/2025).
21	Formazione e PNRR	Realizzazione del Corso base di cui al Piano Formativo Regionale sulle ICA (DGR n.398/2023)	Produzione Modulo D - Comitati ICA		Realizzazione evento formativo entro il 31/12/2024 e relativo report
22	Potenziamento del FSE (PNRR M6C2 1.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»)	Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Comunicazione	Interventi di Comunicazione volti ad aumentare l'utilizzo del fascicolo in consultazione, l'invio di documenti , incrementare l'uso da parte degli operatori verso i cittadini		≥1
23		Incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - Formazione	Partecipazione della Direzione generale e delle figure apicali degli Enti del SSR ad almeno un intervento formativo inerente l'avvio del Piano Operativo "Formazione FSE"		100%
SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA					
Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
24	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale	n. ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale	Numero totale ricette specialistica ambulatoriale (risultante da Sistema TS)	≥ 80% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)

25	Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - PRESCRIZIONE	% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	n. ricette dematerializzate farmaceutica	Numero totale ricette farmaceutica convenzionata (risultante da Sistema TS)	≥ 90% (inclusi MMG, PLS e Specialisti convenzionati)
26	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	Ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (prodotte da MMG, PLS, Specialisti) - EROGAZIONE	% Ricette dematerializzate di Specialistica Ambulatoriale non gestite correttamente	n. ricette dematerializzate non gestite correttamente (stato della ricetta: prescritto) Rilevate da SOGEI dal confronto tra il flusso della ricetta dematerializzata e dai dati trasmessi ex comma 11 (File C)	Numero totale ricette dematerializzate specialistica ambulatoriale (risultanti da Sistema TS)
27			Relazione sull'eventuale mancata interoperabilità tra i Sistemi Informativi che richiedono un coordinamento a livello regionale ai sensi dell'art. 43 della L. R. 19/2022	Relazione	Entro il 31.12.2024

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
28	Codifica unitaria di tutti i prodotti aziendali	% prodotti a listino riconducibili alla codifica unica regionale ovvero completi di tutte le informazioni di dettaglio necessarie	Indice di completezza informativa dei prodotti codificati ex novo o corretti nel 2024	Indice di completezza informativa dei prodotti movimentati e codificati o corretti negli anni precedenti	20%
29	Assesment della cybersicurezza con definizione del catalogo servizi	% servizi e relativi processi interessati dall'assesment sul totale	Numero di servizi e relativi processi su cui è stato fatto un assesment cybersicurezza	Totale servizi erogati (formalizzati nel catalogo)	60%
30	Definizione di una organizzazione per la cybersicurezza dei servizi a catalogo	Presenza di una organizzazione di responsabili per la cybersicurezza di servizi e relativi processi	Numero di responsabili assegnati alla cybersicurezza	Totale dei responsabili necessari per implementare l'organizzazione che gestisce la cybersicurezza	80%

Prog.	OBIETTIVI	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
31	Rispetto delle scadenze previste dal PNRR di cui al Piano operativo regionale (ALLEGATO AL CIS – REGIONE MARCHE) approvato con DGR 271/2022 aggiornato con DGR 656/2022.	Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	Tipologia di documenti (esclusi LIS e RIS) prodotti in maniera strutturata nel formato CDA2 iniettato nel pdf (D. M. Salute 20.05.2022 "Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico"		≥ 1
32		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub-investimento 1.1.2 (Grandi Apparecchiature)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI
33		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNRR	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	NO
34		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile PNC	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	NO
35		Missione 6 – Componente 2: Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 – Digitalizzazione DEA I e II livello.	Gare AQ - Consip da pubblicare e contratti servizi digitalizzazione da concludere, come da Milestone CIS	Gare AQ - Consip pubblicati e contratti servizi digitalizzazione conclusi o in fase di aggiudicazione	100%
36		Missione 6 - Componente 2: Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Investimento 1.1.1 Rafforzamento strutturale SSN ("Progetti in essere" ex art. 2, D. L. 34/2020)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI
37		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI
38		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - Sub-investimento 1.2.2 Implementazione delle C.O.T.	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI
39		Missione 6 - Componente 1: Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	Milestone CIS	Rispetto scadenze Milestone CIS	SI

OBIETTIVI SANITARI

PRE-REQUISITI

Prog.	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
-------	-------	------------	------------	--------------	-----------------------------

PRE-REQUISITI	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali	Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Totale Utenti Flusso FAR	Totale utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range +-20%
		Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%)	Nuovi Ammessi Flusso FAR	Nuovi Ammessi modello STS24	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range +-20%
		Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre
		SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=80%	Totale Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	>=80%
		Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre
		Flusso SIND: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali
		Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	Totale utenti SIND anno 2023	Totale utenti SIND anno 2022	>=90%

PRE-REQUISITI

Prog.	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali		Flusso File R: rispetto tempistica invio (annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali
			Flusso SISM: rispetto tempistica invio (Semestrale)			Alimentazione completa con dati per Semestre
			Flusso SISM: indicatore di referenzialità, numero soggetti inseriti in anagrafica in rapporto al numero soggetti con prestazioni territoriali - target >=80%	Numero Soggetti inseriti in anagrafica (parte territoriale) SISM	Numero soggetti con prestazione territoriale SISM	>=80%
			Flusso SDO: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili
			Flusso SDO: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso [totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati] - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso SDO	totale record inviati flusso SDO	>=85%
			Flusso EMUR PS + EMUR 118: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili
			Flusso EMUR PS + EMUR 118: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso EMUR PS + EMUR 118	totale record inviati flusso EMUR PS + EMUR 118	>=85%

PRE-REQUISITI

Prog.	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
	DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016) + Analisi di coerenza dei Flussi informativi con i Modelli Ministeriali		Flusso Farmaceutica: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili
			Flusso File C: rispetto tempistica invio (Mensile)			Alimentazione completa con dati mensili
			Flusso File C: % complessiva sul rispetto scadenze di invio del flusso (totale record inviati nei tempi (somma tutti i mesi) / totale record inviati) - parametro >=85%	Somma record con invio mensile rispettando i tempi di invio del flusso File C	totale record inviati flusso File C	>=85%

		PNRR = Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - linea M6C211.3.2	Flussi PNRR: Avvio del Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF)	Adempienti alla fase di test		Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test
			Flussi PNRR: Avvio del Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione	Adempienti alla fase di test		Adempienti alla fase di test, nomina dei referenti e adesione alla fase di test
	Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	1) Invio settimanale dati posti letto e ricoveri				Adempimento settimanale invio flusso ricoveri covid-19
		Invio Trimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi Trimestrali (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
1	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	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	Obiettivo minimo: >=92% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)
2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	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	Obiettivo minimo: >=90% con mantenimento o incremento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (= assegnazione 75% del valore del punteggio). Valore ottimale >= 95% (= assegnazione 100% del punteggio)

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
3			% 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 2024 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)

4	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% 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 2024 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza - 5%)/superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)
5			% 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 2024 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2024	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno della corrispondente Area Vasta (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)
AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI						
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
6	Attività vaccinale anti Sars-CoV-2 -	Relazione Enti sulle azioni implementate (Piani Pandemici)	Inclusione nel Piano Pandemico aziendale di azioni di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe	Piano Pandemico aziendale redatto e formalmente adottato, comprensivo di documentazione di preparedness a campagne vaccinali da condursi in emergenza a fronte di ondate pandemiche di tipo influenzale o analoghe		adozione Piano pandemico con preparedness specifica sulle attività vaccinali
7	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF [ISS], ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione ≥ 65 anni residente	Obiettivo minimo ≥= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale ≥=75% (=assegnazione 100% del punteggio)
8	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	N. Aziende controllate e /o assistite	N aziende con almeno 1 dipendente	≥= 5%
9	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dei Registri Tumori di cui all'art. 244 del Dlgs 81/08	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2023)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2023)	100%
10		Registro Regionale delle Cause di Morte	Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2022	Numero schede cause di morte registrate e controllate per la qualità anno 2022	Numero totale schede cause di morte anno 2022	100%
11	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	N. imprese controllate	N. imprese programmate	≥=95%
12	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Atti Enti (AASSTT)	Formalizzazione dei Piani Integrati Locali in ciascuna AST per l'attuazione dei Programmi del PRP	Determina in ciascuna AST		Approvazione e trasmissione atto
13	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Atti Enti (AASSTT)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		≥=3
14	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ARS/Regione	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2024 (dato regionale)	N. Indicatori PRP per anno 2024 raggiunti	N. Indicatori PRP per anno 2024	≥= 70%
15	Piano Pandemico Regionale 2021-2023 (DGR 188/2022)	Atti Enti	Definizione Piano Pandemico Aziendale/Territoriale	Determina Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto

16	Screening HCV popolazione	Atti Enti/ rendicontazione Ministero salute	Avvio campagna screening HCV popolazione nati 1969-1989	Avvio nelle AST della campagna di screening	Comunicazione avvio campagna	
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"						
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
17	ANAGRAFI ZOOTECHNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (NSG)	% allevamenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti ovi-caprini controllati I&R	N. totale allevamenti ovi- caprini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023
18			% allevamenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli allevamenti)	N. allevamenti suini controllati I&R	N. totale allevamenti suini da controllare	1% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023
19			% allevamenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti bovini controllati I&R	N. totale allevamenti bovini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023
20			% allevamenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli allevamenti)	N. allevamenti equini controllati I&R	N. totale allevamenti equini da controllare	3% allevamenti aperti in BDN al 31/12/2023
21			% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	N. apiari controllati I&R	N. totale apiari da controllare	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2023
22	FARMACO SORVEGLIANZA- attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSAF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	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	N. totale degli operatori controllati	N. totale degli operatori controllabili	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite
23	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	N. campionamenti e analisi svolte	N. campionamenti e analisi programmati	100%
24	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA DATAFARM - VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
25	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci,sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	N.Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma
26	Additivi alimentari (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	N. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI						
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
27	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013	VETINFO (NSG)	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%
28			% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti delle tre specie controllati per BRC	Stabilimenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
29	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	VETINFO (NSG)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti in età campionabile	≥ 85%
30			% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023)	N. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. minimo dei capi ovini previsti annualmente dal Ministero della salute	100% del valore atteso
31			% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023)	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei caprini morti in età campionabile	100% del valore atteso
32	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	VETINFO (NSG)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
33	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla	DATAFARM-VETINFO (NSG)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	N. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%
34			% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	N. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%

35	produzione di alimenti		% controlli per benessere negli impianti di macellazione	N. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (Regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI						
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
36	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016, rep212, 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 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"	VETINFO (NSG)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare
37	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione
38	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	DATAFARM (NSG)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA
39	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 – Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	DATAFARM-VETINFO - NSIS (NSG)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%
AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI						
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
40	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	DATAFARM-VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%
41	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	AASSTT-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna AST, entro il 31 dic 2024		Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare
42	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018- Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	N. totale campionamenti effettuati	N. totale campionamenti previsti	100%
43	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	VETINFO	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi)	N. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	N. totale allevamenti suinicoli	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi
44	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO	% Allevamenti avicoli controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R	N. allevamenti avicoli controllati	N. totale allevamenti avicoli	1% degli allevamenti - (DM 07/03/23)

45	ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO – DLgs 18/2023	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	% di controlli esterni effettuati sui controlli previsti secondo la frequenza di campionamento indicata nel DLgs 18/2023	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campioni previsti dal DLgs 18/2023	> 90% qualora non sia presente un programma di controllo coordinato con gli enti gestori (in alternativa > 90% del programma concordato)
----	---	--	--	--------------------------------	--	--

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
46	ACQUE MINERALI - D. Lgs 176/2011 "Attuazione della direttiva 2009/54/CE, sull'utilizzazione e la commercializzazione delle acque minerali naturali" - DM 10 febbraio 2015 "Criteri di valutazione delle caratteristiche delle acque minerali naturali" - Circolare Ministero della Sanità n. 17 del 13/09/1991 - Circolare Ministero della Sanità n. 19 del 14/05/1993 sulle acque minerali. DDPF n. 49 del 20.03.2017	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	% di controlli effettuati sui controlli previsti (alle sorgenti utilizzate e agli impianti di imbottigliamento) secondo le circolari ministeriali e DDPF 49/2017	N. di campionamenti effettuati	N. totale dei campionamenti previsti da circolari e DDPF 49/2017	> 90%
47	PRODOTTI FITOSANITARI DDPF VSA n. 28 del 25/02/2021 "Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari per il periodo 2021-2024" e indirizzi operativi ministeriali: DGISAN /14.c.c.8.2/2022/1	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 28.02.24	Numero di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari sul numero di attività autorizzate	N. di ispezioni effettuate presso le attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari	N. di attività di deposito e vendita di prodotti fitosanitari autorizzate	> 20%
48	PROGRAMMAZIONE CONTROLLI UFFICIALI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	DATAFARM	%i controlli ufficiali effettuati sul programmato (sulla base della programmazione inviata al Settore PVSA)	N. totale controlli ufficiali effettuati	N. totale controlli ufficiali programmati	100%
49	CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI SULLE IMPRESE ALIMENTARI 852/2004 E 853/2004	DATAFARM	% Inserimento dei controlli ufficiali nel sistema informativo Datafarm	N. totale controlli ufficiali inseriti	N. totale controlli ufficiali effettuati	100%

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
50	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	VETINFO	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina			SI
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina			SI
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			SI
			Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			-
			Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica			SI
51	IGIENE URBANA VETERINARIA	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	Numero di ispezioni effettuate presso strutture veterinarie	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%
		Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	Numero di ispezioni effettuate presso canili e/o gattili e rifugi	N. totale ispezioni effettuate	N. totale ispezioni programmate	100%
52	PSA - PRIU	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.24	Numero di carcasse suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio allegata al			≥ 10

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - INDICATORI NSG "CORE"

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
53	Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		> 4,00 x 1000 ab.
54		Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		> 2,50 x 1000 ab.
55		Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	N. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)
56	Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	Numero di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa

57	Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + Σ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)
58	Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤5.0
59	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%

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

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
60	Ottimizzazione offerta ambulatoriale	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
61			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%
62		Rilevazione ad hoc	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2024) - (N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	(N. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	>10%
63		Rilevazione ad hoc	Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento	>99%
64		Rilevazione ad hoc	Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore "Territorio e Integrazione Socio sanitaria", attestante la predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate		Reportistica inviata entro il 31/01/2025

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

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
65	Attività legate all'attuazione del PNRR	Rilevazione ad hoc	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/22 secondo gli standard del DM 77/22	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022		Reportistica inviata entro il 31/01/2025
66	Implementazione Percorso Nascita	Rilevazione ad hoc	Costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale	Produzione entro il 31/12/2024 determina attestante la costituzione del Comitato Percorso Nascita Locale		Trasmissione Determina
67	Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 1243 del 10.08.2023		Utilizzo delle risorse	Risorse definite dalla DGR 1243/2023	Risorse utilizzate al 31.12.2024	1
68			Report sull'utilizzo delle risorse	Trasmissione mensile report previsti dalla DGR 1243/2023		100%

AREA ACCREDITAMENTI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
-------	-----------	-------	------------	------------	--------------	--------------------------------

69	"Autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'art.7 commi 1 e 2 della L.R.21/2016 entro 18 mesi dalla fine dello stato di emergenza sanitaria" (DGR 1194/2020)		Presentazione di un piano aziendale di autovalutazione, con relativo cronoprogramma di adeguamento ai requisiti minimi previsti dai manuali autorizzativi regionali, entro il 31/12/2022			
70			Presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio di almeno 5 "strutture di degenza" ospedaliera (unità operative) per ciascun Ente del SSR entro il 31/12/2022			
69	Presentazione degli esiti delle verifiche di vulnerabilità sismica delle strutture sanitarie		Evidenza dell'appalto affidato			avviare le procedure di verifica della vulnerabilità sismica per almeno un presidio ospedaliero

AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
70	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12
71	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 2023
72	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 2023
73	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% 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	≤ 22%
74	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	NO
75	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 98%

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
76	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2024		≤ 2023
77		Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2024		≤ 2023
78		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	< 2023
79		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza) - (esclusi ricoveri urgenti)	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)	≥ 2023
80		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48))- (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 2023

81		Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 2023
82		Flusso SDO (NSG)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella			≤ 2023
83		Flusso SDO (NSG)	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN			≤ 2023

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
84	Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata			≥ 90%
85		Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone			NO
86		Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero			≥ 90%
87	Emergenza-urgenza Pronto soccorso	Accordo Stato-Regioni n. 143 del 01/8/2019	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	N° pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	N° totale pazienti codice arancione	almeno 10% aggiuntivo della % 2023
88			% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	N° pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	N° totale pazienti codice azzurro	almeno 10% aggiuntivo della % 2023
89			% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	N° pazienti codice verde visitati entro 120 minuti	N° totale pazienti codice verde	≥ 75%
90			% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	N° pazienti codice bianco visitati entro 240 minuti	N° pazienti codice bianco	≥ 75%
91			% abbandoni PS	N° pazienti con esito 5-6-7	N° totale pazienti	≤ 2023
92	Rete trapianti	Report Centro Regionale Trapianti (SIT)	N° accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I. + DCD			> 2023
93			N° donatori di comez			> 2023
94			N° donatori multite ssuto procurati			> 2023
95		Accordo Stato-Regioni n. 149 del 4/8/2021	N° coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			> 2023
96		Accordo Stato-Regioni n. 225 del 14/12/2017	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Istituzione del Comitato con atto e realizzazione di almeno 1 incontri del Comitato		invio atto e verbale entro il 31/12/2024
97			Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione comez	Predisposizione documento e recepimento formale		invio atto entro il 31/12/2024

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI

Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
98	TRASFUSIONALE	Donazione	N° donazioni plasma-piastrinoaferesi			NO
99			N° di donazioni sangue intero/N° di donatori sangue intero			NO
100			N° di donazioni in aferesi/N° di donatori in aferesi			NO
101		Produzione	Unità di G.R. prodotti			NO
102			Kg Plasma da conferire al frazionamento			NO
103			Numero unità di plasmaferesi eliminate per cause tecniche			NO
104		Consumi/Appropriatezza	Appropriatezza clinica delle richieste trasfusionali: almeno 2 verifiche/anno da realizzare e verbalizzare da parte di ogni CoBUS degli Enti del SSR in merito al rispetto della programmazione annuale.			NO
105			N° unità G.R. trasfuse: N° unità trasfuse/1000 abitanti			NO
106			Emocomponenti driver (H08Za - NSG) Variazione % rapporto tra N° unità GR prodotti e N° Unità GR programmate			NO

107		Autosufficienza	Emoderivati (H08Z6 - NSG): Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati			NO
108		Formazione	N° corsi di formazione in presenza ed in FAD realizzati per Medici ed Infermieri per la raccolta di sangue intero e plasma in aferesi e corsi Retraining per il personale (medici e ostetriche ostetricia) + (medici e tecnici trasfusionisti) per la raccolta SCO			NO
AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA						
Prog.	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO
109	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio		Diminuzione del 3% rispetto al 2023	N° TSO a Residenti Maggiorenni	Popolazione Residente	- 3% rispetto ai TSO 2023