

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

N. 1433/AV5 DEL 28/12/2016

Oggetto: Integrazione e modifica Determina DAV/AV5 872 del 08/08/2016 e recepimento Determina ASUR/DG n. 736/2016

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Dirigente/Responsabile della Ragioneria/Bilancio in riferimento al Bilancio annuale di previsione

- DETERMINA -

1. di approvare le schede di Budget dei CdR dell'Area Vasta 5 per l'anno 2016 che costituiscono parte integrante e sostanziale del documento istruttorio in premessa indicato, contenenti gli obiettivi per il periodo 01/01/2016 –31/12/2016 relative alle seguenti strutture:
Direzione Medica di P.O., Laboratorio Analisi di Area Vasta, CdR SPDC – Day Hospital – CSM, Direzione Infermieristica e Servizio Legale;
2. di approvare le modifiche alle schede precedentemente formalizzate con la determina 872/2016, così come descritto nel documento istruttorio;
3. di recepire il contenuto della Determina ASUR/DG n. 736 del 29/11/2016 con la quale vengono assegnati gli obiettivi sanitari definitivi per l'anno 2016 e il cui allegato A (elenco degli obiettivi) forma parte integrante del presente atto;
4. di dare atto che gli obiettivi riportati nella determina 736/2016 costituiranno la base per l'avvio del nuovo percorso di budget 2017;

5. di dare atto che alla verifica del grado di raggiungimento del budget provvederà la Direzione di Area Vasta supportata dal Controllo di Gestione e dal referente di Area Vasta del Nucleo di Valutazione;
6. di trasmettere copia della presente determina a tutti i Responsabili Dipartimentali e di Centro di Responsabilità di Area Vasta;
7. di trasmettere copia della presente determina al Direttore Generale ASUR;
8. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
9. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

IL DIRETTORE DI AREA VASTA
(Avv. Giulietta Capocasa)

Per il parere infrascritto:

RAGIONERIA E BILANCIO:

Si prende atto di quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento e si attesta che dal presente atto non derivano e non deriveranno oneri aggiuntivi a carico del Budget di Area Vasta.

Il Responsabile del Bilancio
(Dott. Cesare Milani)

La presente determina consta di n. 43 pagine di cui n. 35 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

SUPPORTO AL CONTROLLO DI GESTIONE DI AREA VASTA

Normativa ed altri atti di riferimento:

- Determina Direttore Generale n. 412 dell' 11/07/2016, avente ad oggetto "DGRM 1224/2015 e s.m.i. – Determinazioni" con la quale venivano assegnati, in via provvisoria gli obiettivi sanitari ed economici ai Direttori di Area Vasta;
- Determina DAV n.872 dell'8/8/2016, avente ad oggetto "Recepimento Determina ASUR/DG n. 412/2016 e assegnazione degli obiettivi di Budget ai Centri di responsabilità per l'anno 2016"
- Determina Direttore Generale n. 736 del 29/11/2016, avente ad oggetto "Determina 412 del 11/7/2016 – integrazione e modifica"

Motivazione ed esito dell'istruttoria:

La Determina 412/2016, di assegnazione provvisoria degli obiettivi sanitari alle Aree Vaste, confermava quanto riportato nella nota prot. n. 3142 del 01/02/2016, con la quale la Direzione ASUR forniva alle Aree Vaste le linee aziendali di programmazione per l'anno 2016 in continuità con la Det. 612/2015e con Det. 847 del 02/12/2015. Inoltre, con la Determina 412, è stato predisposto un nuovo elenco degli obiettivi e target provvisori per l'anno 2016, recepiti nella determina 872/2016, che non comprendeva tutti gli obiettivi che risultavano già raggiunti al 31/12/2015 e che aggiornava i valori target assegnati alle singole Aree Vaste, sulla base dei risultati perseguiti sui singoli indicatori nell'anno 2015.

In questa Area Vasta le negoziazioni si sono concluse il 4 Agosto 2016 con la sottoscrizione dell'ultima scheda di Budget, fatta eccezione della formalizzazione delle schede del CDR SPDC – Day Hospital e Psichiatria di consultazione – UOC Territoriale (DSM) e del CDR della Direzione Medica, per la perdurante assenza per malattia di uno dei firmatari responsabili. Non sono state sottoscritte, inoltre, la scheda del Laboratorio Analisi di Area Vasta in quanto il Direttore di struttura incaricato ha preso servizio in data del 01/08/2016, la scheda dell'Ufficio Legale per il quale si è ritenuto opportuno definire e dividerne il contenuto con la Direzione Amministrativa e la scheda della Dirigenza Infermieristica non essendo, all'epoca, ufficializzato il nominativo dell'incaricato.

In considerazione di ciò e del fatto che, la Determina ASUR/DG n. 412 presentava alcuni obiettivi aggiuntivi rispetto alle schede già sottoscritte, soprattutto per l'Area ATL, si è reso necessario un aggiornamento dell'atto di assegnazione degli obiettivi stessi che, come preannunciato nella stessa

determina 872/2016, è stato effettuato in concomitanza della verifica di budget, prevista in data 30/09/2016.

Successivamente, con atto n.736 del 29/11/2016, la Direzione Aziendale ha ulteriormente modificato e sostituito l'allegato 1 della det. 412/2016, che elencava gli obiettivi sanitari provvisoriamente assegnati ai Direttori di Area Vasta per l'anno 2016, con l'allegato A che riporta gli obiettivi sanitari definitivamente assegnati per l'anno 2016, che fa parte integrante e sostanziale della presente determina.

Contestualmente, la Direzione dell'Area Vasta, ha dato mandato al Servizio Controllo di Gestione di predisporre un nuovo calendario di negoziazione per verificare lo stato dell'arte degli obiettivi 2016 a suo tempo sottoscritti, diffondere i nuovi obiettivi definitivamente assegnati ed avviare il percorso di negoziazione 2017.

Obiettivo Accreditamento

L'obiettivo prevedeva 3 indicatori come sotto riportati:

Mappatura delle procedure/protocolli in collaborazione con il Governo Clinico	n. di procedure/protocolli censiti	Report sulle procedure/protocolli censiti	l'obiettivo potrà essere rinegoziato alla luce del censimento effettuato
Omogeneizzazione del formato delle procedure/protocolli in collaborazione con il Governo Clinico	n. di procedure/protocolli	report delle procedure/protocolli uniformati	
Inserimento nel sistema intranet delle procedure/protocolli uniformati	n. di procedure/protocolli uniformati inseriti in intranet	Inserimento nel sistema intranet delle procedure/protocolli uniformati (100%)	

Viste le difficoltà riscontrate in tutti i CDR, derivanti dal numero considerevole dei protocolli da censire, si ritiene dover revocare gli ultimi 2 indicatori tenendo fermo il peso percentuale dell'obiettivo stesso.

Per quanto sopra esposto l'obiettivo viene modificato per tutti come segue:

Mappatura delle procedure/protocolli in collaborazione con il Governo Clinico	n. di procedure/protocolli censiti	Report sulle procedure/protocolli censiti
---	------------------------------------	---

Il valore percentuale dello stesso rimane invariato

Per il Governo Clinico l'indicatore sotto riportato

Revisione validità procedure	n. di procedure revisionate/procedure inviate	100%
------------------------------	---	------

sarà così revisionato:

Mappatura delle procedure/protocolli in AV	n. di procedure/protocolli censiti	Report sulle procedure/protocolli censiti
--	------------------------------------	---

Obiettivo Distribuzione diretta CSM (assegnato al Servizio farmaceutico)

Organizzazione della distribuzione diretta del CSM tramite ricetta in collaborazione con il DSM	Data avvio nuovo percorso
---	---------------------------

Visto che la verifica sul campo di tale percorso ha dato esito negativo si ritiene dover modificare l'obiettivo come segue:

Revisione del percorso della distribuzione diretta del CSM in collaborazione con la Farmacia	Percorso revisionato	Trasmissione percorso entro il 31/12/2016
--	----------------------	---

mantenendo lo stesso peso %.

Obiettivo Protocollo piccoli traumi (assegnato alla Radiologia AP)

In considerazione che il CdR Murg-Ps di AP non ha sottoscritto l'obiettivo e che lo stesso CdR risulta essere un attore indispensabile nella definizione del protocollo oggetto dell'obiettivo, si ritiene l'obiettivo stesso annullato per la Radiologia di AP

Si precisa che la % corrispondente sarà sommata alla % dell'obiettivo 124-DAV.

Obiettivo Frattura Femore

Rianimazione AP

Definizione di un percorso per l'urgenza nella frattura del femore in collaborazione con l'Ortopedia	Redazione percorso	Trasmissione percorso
--	--------------------	-----------------------

Ortopedia AP

Definizione del percorso dell'urgenza nella frattura del femore con presa in carico a 30 gg. in collaborazione con la Rianimazione	Redazione percorso	Trasmissione percorso
--	--------------------	-----------------------

Dalle riunioni di verifica del percorso di budget emerge che non esistono criticità tra i due CdR per la presa in carico dei pazienti operati di frattura di femore, per cui tale obiettivo si ritiene annullato per entrambi i CdR.

L'annullamento dell'obiettivo non modifica il peso % del raggruppamento di obiettivi in cui lo stesso è inserito.

Obiettivo Accordi con le convenzionate (DAT)

Si concede, come da richiesta ID 745946/19/09/2016 AP DAT, il differimento della data dell'avvio dei gruppi di lavoro dal 30/09/2016 al 31/12/2016.

Scheda Distretto/RSA di San Benedetto del Tronto

La scheda comprende anche gli obiettivi ADI, quindi l'intestazione della stessa viene così integrata "Distretto/RSA/ADI"

Scheda Cardiologia di Ascoli Piceno

Non essendo ancora formalizzata la nomina del Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione, limitatamente agli obiettivi ed indicatori riferiti a quest'ultimo, si ritiene di non procedere alla valutazione degli stessi dichiarandoli, quindi, "NON VALUTABILI".

% DRG Medici da reparti chirurgici e % ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)

Per quanto riguarda questi due indicatori di appropriatezza e qualità clinica, prioritariamente si valuterà l'indicatore a livello di Area Vasta ed in caso di non raggiungimento si procederà alla valutazione caso per caso, salvaguardando le UU.OO. interessate per motivazioni organizzative non imputabili alle stesse, tra cui :

- la carenza di posti letto rispetto a quelli programmati dalla DGR 735;
- la mancata attuazione del progetto legato al Dipartimento funzionale di gastroenterologia AV 4 - AV 5 e relativa mancata attivazione di posti letto della disciplina di gastroenterologia.

Obiettivo Informatizzazione dei processi - Utilizzo della ricetta dematerializzata per ogni tipo di prescrizione

Nel declinare tale obiettivo si è definito come indicatore "N. ricette informatizzate/totale ricette" con atteso "100%". Essendo state rilevate delle criticità in merito all'avvio informatizzato del percorso di cui sopra si è deciso di trasformare l'indicatore come segue: Predisposizione delle corrette configurazioni credenziali medici per dematerializzare e stesura programma di formazione per l'uso della de materializzata per ogni tipo di prescrizione.

Obiettivo Percorso pazienti fragili: strutturare un percorso con la Medicina SBT, la Medicina AP e i MMG per i pazienti fragili. Il pool deve farsi carico del paziente.

Indicatore: Definizione del percorso assistenziale e avvio sperimentale per un piccolo gruppo di pazienti fragili a San Benedetto del Tronto.

Vista la richiesta inviata tramite e-mail dal Direttore della Geriatria si è convenuto di posticipare l'avvio sperimentale del nuovo percorso al budget del 2017 per le strutture coinvolte (Medicina SBT, Medicina AP, Distretto SBT e Geriatria).

Obiettivi Determina ASUR/DG n° 736

Con il presente atto si recepisce la Determina ASUR/DG 736 del 29/11/2016 con cui la Direzione Generale assegna gli obiettivi definitivi, in larga maggioranza, riproponendo i medesimi già presenti nella precedente assegnazione di cui alla Determina ASUR/DG 412 del 11/07/2016, in parte innovando, con l'inserimento di nuovi obiettivi ovvero con la modifica di alcuni target.

In quest'ultimo caso, avendo il succitato atto caratteristiche dispositive, tutti i target modificati s'intendono efficaci, anche nelle schede di Budget sottoscritte, a decorrere dalla data del 29/11/2016 con la conseguente pesatura frazionata nei due periodi 01/01/2016 → 28/11/2016 con il target precedentemente negoziato, 29/11/2016 → 31/12/2016 con i nuovi.

Per quanto riguarda i nuovi obiettivi, vista la ristrettezza tra la data di assegnazione e quella di chiusura esercizio e, pertanto, la difficoltà a poter rinegoziare e formalizzare gli stessi per singolo CDR, la Direzione avoca a se la pesatura frazionata degli stessi (29/11/2016 → 31/12/2016) e, pur avendo tracciato nella negoziazione di fine anno con i singoli CDR le linee guida per il loro raggiungimento, ritiene di calare gli stessi esclusivamente nelle schede di Budget 2017.

Per quanto sopra esposto, si propone l'approvazione del seguente dispositivo:

1. di approvare le schede di Budget dei CdR dell'Area Vasta 5 per l'anno 2016 che costituiscono parte integrante e sostanziale del documento istruttorio in premessa indicato, contenenti gli obiettivi per il periodo 01/01/2016 –31/12/2016 relative alle seguenti strutture:
Direzione Medica di P.O., Laboratorio Analisi di Area Vasta, CdR SPDC – Day Hospital – CSM, Direzione Infermieristica e Servizio Legale;
2. di approvare le modifiche alle schede precedentemente formalizzate con la determina 872/2016, così come descritto nel documento istruttorio;
3. di recepire il contenuto della Determina ASUR/DG n. 736 del 29/11/2016 con la quale vengono assegnati gli obiettivi sanitari definitivi per l'anno 2016 e il cui allegato A (elenco degli obiettivi) forma parte integrante del presente atto;
4. di dare atto che gli obiettivi riportati nella determina 736/2016 costituiranno la base per l'avvio del nuovo percorso di budget 2017;

5. di dare atto che alla verifica del grado di raggiungimento del budget provvederà la Direzione di Area Vasta supportata dal Controllo di Gestione e dal referente di Area Vasta del Nucleo di Valutazione;
6. di trasmettere copia della presente determina a tutti i Responsabili Dipartimentali e di Centro di Responsabilità di Area Vasta;
7. di trasmettere copia della presente determina al Direttore Generale ASUR;
8. di trasmettere copia della presente determina al Collegio Sindacale per il controllo di cui all'art. 17, comma 2, lett. d) della Legge Regionale 27 giugno 1996, n. 26;
9. di dare atto che il presente atto non è sottoposto a controllo e che è efficace all'atto della pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda.

Il Responsabile della fase istruttoria

(Sig. Domenica Ciabattoni)

Il Responsabile del Procedimento

(Dott. Alessandro Ianniello)

- ALLEGATI -

Allegati - Schede di Budget per l'anno 2016 dei Centri di Responsabilità dell'Area Vasta:

- Allegato 1 Direzione Medica di P.O.
- Allegato 2 Laboratorio Analisi di Area Vasta
- Allegato 3 SPDC – Day Hospital - CSM
- Allegato 4 Direzione Infermieristica
- Allegato 5 Ufficio Legale
- Allegato 6 Allegato A Determina 736/2016

SCHEDA DI BUDGET 2016 - Direzione Medica di P.O./Governio Clinico

Settore strategico	Tipo obiettivo	Obiettivi specifici	Peso	Peso	Peso	Azioni programmate	Indicatori	Valore atteso	Note per la valutazione del risultato	Grado di raggiungimento %
			Direttore Struttura	Dirigenza	Comparto					
Efficienza ed Appropriatazza organizzativa	DAV - riunioni	Inaggazione in Area Vasta	5%	5%		Unificazione centralino	Progetto redatto	entro il 31/12/2016		
		Liste di attesa				Supporto alla procedura organizzativa delle liste di attesa	relazione sull'attività svolta	entro il 31/12/2016		
	DAV - riunioni	Corsi formativi sulle modalità prescrittive (in collaborazione con Distretto)	3%	30%	15%	Completamento incontri con specialisti ospedalieri	Incontri effettuati	Almeno un incontro per ogni distretto ex zona		
		Integrazione summaisti con gli specialisti ospedalieri P				Piano di attività congiunto tra summaisti e specialisti ospedalieri per le prime visite/prestazioni oggetto di monitoraggio, finalizzato allo smaltimento delle liste di attesa (in collaborazione con i Distretti)	trasmissione piano attività congiunto e avvio	entro il 31/12/2016		
	DAV riunioni	Supervisione e verifica del lavoro dei Diretori di struttura complessi	5%	2%	20%	Verifica delle criticità in merito alla gestione dei turni: definizione del Percorso per l'anno 2017	Proposta redatta	Trasmissione entro il 31/12/2016		
	48	Applicazione DGR 7352013	5%	15%		Supporto istituzione definitiva dei posti letto delle strutture ospedaliere e degli ex presidi di polo riconvertiti in ogni Av agli standard della DGRM 735/2013: Promozione incontri con il Dipartimento Medico e di Emergenza per l'analisi delle criticità	Relazione esito incontri	Trasmissione relazione		
	DAV - riunioni	Regolamento riocverti urgenti	2%	2%		Revisione del regolamento in collaborazione con il Dipartimento di Emergenza, il Dipartimento Medico e il Dipartimento Chirurgico	Regolamento revisionato e avvio	entro il 21/12/2016		
		Percorso gastroenterologico per i riocverti del PS				Verifica/Validazione percorso per l'adone indirizzato dalla Gastroenterologia	documento di verifica	entro il 31/12/2016		
	114,4/DAV	Godimento ferie	2%	10%	20%	Godimento ferie del personale nei termini contrattualmente stabiliti.	Predisposizione piano per lo smaltimento ferie pregresse	Trasmissione piano ferie entro il 30/11/2016		
	92	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	1%	5%	5%	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la presenza della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%) campione elevati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Relazione sull'attività svolta a supporto	entro il 31/12/2016		
	100,2	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta - S (P Servizio Farmaceutico)	1%	3%		Produzione di documentazione attestante c; la realizzazione di una programmazione degli accessi degli utenti alle visite ambulatoriali per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie	Relazione sulle azioni proposte	Trasmissione documento		
	114,4	Piano delle pronte disponibilità e guardie delle tre Aree Contrattuali P (S Amministrazione del Personale)	40%	15%		Redazione del Piano di Emergenza Urgenza contenente piano delle pronte disponibilità e guardie della Dirigenza	Piano di Emergenza Urgenza redatto	trasmissione documentazione		
ASUR-AI2 del. 766/2014	Piano prestazioni aggiuntive S (P Servizio Gestione Risorse Umane)	3%			Revisione piano prestazioni aggiuntive, in coerenza con lo sviluppo dei piani di assunzione nei limiti dati e di sistema: analisi del fabbisogno e proposta di un'ipotesi di piano per il 2017	Trasmissione proposta programatoria per l'anno 2017	entro il 31/12/2016			
DAV - riunioni	Specialisti ospedalieri a domicilio P	1%			Sviluppo percorso specialisti a domicilio per le diverse specialità (nutrizioni, irachocitone, ecc.) in collaborazione con i Diretori di Dipartimento interessati e dei Diretori dei Distretti	Definizione dei percorsi assistenziali e avvio sperimentale	entro il 31/12/2016			
DAV - riunioni	Percorso di integrazione MMG, summaisti e specialisti ospedalieri per il monitoraggio della spesa farmaceutica	1%	2%		Definizione di un programma di incontri, per argomenti legati a tipologie di consumo farmaceutico, tra i professionisti di concreto con i Distretti e con la partecipazione della Farmacia	Incontri svolti come da programma	entro il 31/12/2016			
DAV - riunioni	Blocco operatorio	30%	10%	35%	Riorganizzazione del Blocco operatorio: stato di avanzamento del progetto	Relazione sullo stato di avanzamento	entro il 31/12/2016			
DAV - riunioni, 72, 157, 175	Dematerializzazione: Implementazione dematerializzazione degli atti del SSR - S (P SIA)	Informaticizzazione dei processi	1%	1%	5%	Informaticizzazione del Blocco operatorio con sviluppo anche di una procedura ufficiale per gli acquisti che preveda l'utilizzo del sistema.	Avvio	entro il 31/12/2016		
DAV - riunioni, 72, 157, 175	Coeserenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale: Dematerializzazione prescrizioni e prenotazioni specialistiche	Dematerializzazione: Implementazione dematerializzazione degli atti del SSR - S (P SIA)	1%	1%	5%	Rispetto delle disposizioni di Area Vasta in materia di digitalizzazione dei processi amministrativi	processi digitalizzati	entro il 31/12/2016		
			100%	100%	100%		relazione sull'attività svolta a supporto del processo di dematerializzazione	trasmissione relazione		

SCHEDA DI BUDGET 2016 C.d.R.: GOVERNO CLINICO

Settore strategico	Tipo obiettivo	Obiettivi specifici	Peso Direttore Struttura	Peso Dirigenza	Peso comparto	Azioni programmate	Indicatori	Valore atteso	Note per la valutazione del risultato	Grado raggiungimento %
Efficienza ed appropriatezza organizzativa	DAV	Progetto rischio clinico		20%	10%	attività auditing	Relazione sugli audit coordinati	Trasmissione relazione		
	124	Supporto allo sviluppo delle reti cliniche come da determina 177 del 24/2/2016		20%		Gruppi di lavoro ai fini dell'attuazione dei percorsi di cui alla del 9/16/2015	n. incontri verbalizzati	trasmissione verbali		
	148	Applicazione Legge 38/2010		10%		Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del dolore. Valutazione applicazione DGR 325/2015	n. proposte progettuali prodotti	Trasmissione proposte		
	DAV	Accreditamento P		10%	20%	Revisione validità procedure	n. di procedure revisionate/procedure inviate	100%		
			Sviluppo degli strumenti del Governo Clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk Management -		20%	DG 776 del 17/11/2014: "Programma aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico". Formazione: Gestione del Rischio - Corso base	eventi formativi in AV5	almeno 1 evento formativo in AV5	già inseriti nel Piano Formativo di AV5 2016	
						DG 776 del 17/11/2014: "Programma aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico"; Gestione del Rischio - Corso Avanzato	eventi formativi in AV5	almeno 1 evento formativo in AV5	già inseriti nel Piano Formativo di AV5 2016	
						Attuazione indicazione DGR 1094 del 15/12/2015: Piani di miglioramento aziendali successivi agli Eventi Sentinella	Relazione sull'attività di supporto all'Asur	trasmissione relazione		
						Attuazione indicazione DGR 1097 del 15/12/2015: Prevenzione delle cadute di persone assistite	Relazione sull'attività svolta	trasmissione relazione		
						Programmazione e start dello studio multicentrico AV5-4 (CGR Medicina Interna) dal titolo: "Analisi delle condizioni latenti di sistema attraverso il Patient Satisfaction Scale (PSS): il benessere del paziente come indicatore della qualità del caring assistenziale"	Protocollo di studio	Trasmissione protocollo		
			Ricerca clinica			Programmazione e start dello studio di coorte retrospettivo sull'appropriatezza della documentazione infermieristica dal titolo: "D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals"	Protocollo di studio	Trasmissione protocollo		
			0%	100%	100%					

Come da Contratto Integrativo il Dirigente responsabile della Unità Operativa, unitamente al titolare dell'incarico di coordinamento del servizio organizzativa, entro 15 giorni dalla firma del budget con la Direzione di Area Vasta è tenuto ad organizzare una riunione di Unità Operativa.

Il Responsabile del CDR
Dr. Remo Appignanesi

Il Responsabile del CDR
D.ssa Diana Santoni

Il Direttore Area Vasta n.5
Avv. Giuletta Capocasa

2/11/16
Ascoli Piceno 28/09/2016



Handwritten signature of the Director Area Vasta n.5

Settore strategico	N. obiettivo ASUR	Obiettivi specifici	Peso Direttore struttura	Peso Direzione	Peso Comparto	Azioni programmate	Indicatori	Valore atteso	Note per la valutazione del risultato	Grado raggiungimento %
Economico-Finanziario	124	Sviluppo delle reti cliniche come da DGRM 665/2015 - c del 6/12/2015 Asur e 177/2016 AV	15%	15%		Gruppi di lavoro ai fini dell'attuazione dei percorsi di cui alla del. 91/6/2015	Percorsi assicurativi prodotti "Rege Laboratorio Analisi"	entro il 31/12/2016		
	127	Riduzione delle sedi dei laboratori pubblici incorporati per AV	15%	15%		Risorse risorse e competenze del Laboratorio unico di AV con distribuzione di ulteriori esami per tipologia tra i due stabilimenti secondo allegato 5 della 91/6/2015	Documentazione riassetto risorse con tipologia attività svolta nei due stabilimenti	trasmissione documentazione		
	ASUR	Appropriatezza prescrittiva esami Laboratorio come da indicazioni ASUR	10%	10%		Monitoraggio richieste di alcune tipologie di esami per interni da parte delle UU.OO. (reflex test, vitamina D, BNP, proBNP ecc)	Report consumo esami per interni 2016 per U.O.	Trasmissione report		
	DAV/DMO -	Progetto rischio clinico - definizione programma di attività auditing	10%	20%	40%	Definizione programma di attività auditing attuazione come da schema metodologico predisposto su n. 1 venetica (validato dal Direttore di Dipartimento e dal Governo Clinico).	Relazione sui risultati del processo	Trasmissione relazione		
	113	Liste di attesa	10%	10%		Bilanciamento delle attività in libera professione e di quelle istituzionali	Volume minimo richiesto di prestazioni specifiche in regime istituzionale	1.754.692	come da del. 1062 del 30/10/2015 sui volumi di attività	
	DAV	Formazione Dirigenza	5%			Attività formativa fuori sede programmata assegnata esclusivamente al personale dirigente non ricercato di struttura complessa	elenco destinatari corsi fuori sede concessi	trasmissione documento		
	114/DAV	Godimento ferie	5%			Godimento ferie del personale nei termini contrattualmente stabiliti.	predisposizione piano per lo smaltimento ferie arretrate	Trasmissione piano ferie		
	DAV	Accreditamento	10%	10%	30%	Maggiorata delle procedure/protocolli in AV in collaborazione con il Governo Clinico	Report sulle procedure/protocolli censiti (almeno il 90%)		l'obiettivo potrà essere raggiunto alla luce del censimento effettuato	
	CdG	Informazioni dei processi			30%	approvazione/informazione fattori produttivi	richieste informatizzate/online richieste	100%	Verificare la fattibilità sui prodotti in transito	
	DAV riuniti	Capitolati tecnici	10%	10%		Analisi progettuale dei capitolati tecnici per forniture reagenti e attrezzature	Analisi progettuale predisposta	trasmissione documentazione		
		Rispetto del budget economico assegnato per costi/consumi controllabili				Monitoraggio sull'utilizzo appropriato dei fattori produttivi. Razionalizzazione delle risorse	Rispetto esito assegnato	€ 2.599.857,37	Le necessità di interventi correttivi rispetto al valore economico di riferimento, dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Direzione e motivate con apposita relazione anche a consuntivo per l'eventuale riattribuzione di un range di tolleranza sulla percentuale dell'obiettivo	
	Razionalizzazione dei costi dei Laboratori pubblici di Ara Vasta	10%	10%		Razionalizzazione dei costi dei Laboratori pubblici di Ara Vasta	Variazione % Costi dei Laboratori Analisi di AAVV 2016 rispetto al 2015 (Costi Personale, Beni e Servizi dei Laboratori Analisi di AAVV 2016 - Costi Personale, Beni e Servizi dei Laboratori Analisi di AAVV 2015/Costi Personale, Beni e Servizi dei Laboratori Analisi di AAVV 2015)	<= 0%			
		100%	100%	100%						

Prerequisito: Rispetto dei flussi informativi

Comanda Contratto Integrativo Il Dirigente responsabile della Unità Operativa, unitamente al titolare dell'incarico di coordinamento e/o di gestione organizzativa, entro 15 giorni dalla firma del budget con la Direzione di Ara Vasta è tenuto ad organizzare una riunione di Unità Operativa, coinvolgendo l'intera struttura e la Direzione stessa

Nel caso in cui intervengano nuove richieste di inserimento di obiettivi da parte della Direzione Generale Asur/Regione si procederà ad una revisione/rielaborazione della scheda sottoscritta

La presente scheda di Budget viene sottoscritta secondo il modello organizzativo in essere che, a seguito del recepimento e conferimento dei nuovi incarichi di cui alla Determinazione DG 550 del 14/05/2015 e successive, può essere oggetto di riconferma ovvero di nuova attribuzione.

Il Resp. del CdG
Dr. Antonio Fofanò

Ascoli Piceno 04/08/2016



Il Direttore del Dipartimento dei Servizi
Dr. Carlo Marinucci



Il Direttore Ara Vasta n.5
Dott. ssa Giuditta Capocasa




Settore strategico	Tipo obiettivo	Obiettivi specifici	Peso Direttore struttura	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Azioni programmate	Indicatore	Atteso	Note per la valutazione del risultato	Grado raggiungimento %
Efficacia e appropriata efficienza organizzativa	77 e 78	Garrire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della Salute ed il MEF	10%	10%	10,00%	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 (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	>= 80%	Valore compreso tra 80 e 120	
	113, 166	Miglioramento della performance nella compilazione della ricetta	10%	10%		Bilanciamento delle attività in libera professione e di quelle istituzionali	Volume minimo richiesto di prestazioni specialistiche in regime istituzionale	3838 in av	come da del. 1062 del 30/10/2015 sui volumi di attività	
	DAV	Formazione Dirigenza	5%			Attività formativa fuori sede programmate, assegnata esclusivamente al personale dirigente non incaricato di strutture complesse	prestazioni distinte per accessori, totale	>50% nel secondo semestre		
	114,4/DAV	Godimento ferie	5%			Godimento ferie del personale nei termini contrattualmente stabiliti.	Pre-disposizione piano con lo smaltimento ferie pregresse	Trasmissione piano ferie		
	120.1	Percorso Superamento OPG:	10%	10%		Presi in carico pazienti provenienti dalla soppressione OPG (come da cronoprogramma nazionale)	% di posti attivati presso la REMS	Mantenimento posti letto utilizzati nel 2015		
	120.2	Appropriatezza prescrittiva esami Laboratorio come da indicazioni ASUR	5%	5%		Presi in carico pazienti provenienti dalla soppressione OPG (come da cronoprogramma nazionale)	% soggetti presi in carico	100%		
	ASUR	Appropriatezza prescrittiva esami Laboratorio come da indicazioni ASUR	5%	5%		Razionalizzazione richieste esami per interventi reflex test	n. esami reflex test 2016	Incremento rispetto al 2015 con riduzione dei test correlati (TSH -FT3-FT4 eTSA free)		
	DAV/DMO	Progetto rischio clinico - definizione programma di attività auditing	5%	10%	30%	Definizione programma di attività auditing catturazione come da schema metodologico predisposto su n. 1 tematica - (validato dal Direttore di Dipartimento e dal Governo Clinico).	Relazione sui risultati del processo	Trasmissione relazione		
	DMO	Integrazione in Area vasta	10%	10%		monitoraggio applicazione protocollo prescrittivo antipsicodici condiviso	Relazione sull'applicazione del protocollo prescrittivo condiviso degli antipsicodici	Trasmissione relazione		
	DAV - riunioni	Distribuzione diretta CSM	5%	5%		Revisione del percorso della distribuzione diretta del CSM in collaborazione con la Farmacia	Percorso revisionato	Trasmissione percorso entro il 31/1/2016		
	DAV - riunioni	Integrazione funzionale	5%	10%		Integrazione funzionale con le Cure Tumorali (UMEA-UMEE)	Relazione sull'attività svolta in forma integrata	entro il 31/1/2016		
	DAV	Accreditamento	5%	5%	30%	Mappatura delle procedure/protocolli in AV in collaborazione con il Governo Clinico	n. di procedure/protocolli censiti	Report sulle procedure/protocolli censiti		

DMO	Regolamento attività ambulatoriale per esterni	10%	10%	10%	Stesura regolamento attività ambulatoriale per esterni	Regolamento redatto	Transmissione regolamento	
C&G	Informizzazione dei processi	3%	30%	30%	approvvigionamento informatizzato fattori produttivi	Richieste informatizzate/otale richieste	100%	come da piano attuativo SIA
	Rispetto del budget economico assegnato per costituirsi in contabili	5%			Utilizzo della ricetta dematerializzata per ogni tipo di prescrizione	N. ricette informatizzate/otale ricette	100% dalla data di avvio	come da piano attuativo SIA
Economico Finanziario	DAV -93 -100.1	10%	10%	10%	Monitoraggio sull'utilizzo appropriato dei fattori produttivi. Razionalizzazione delle risorse	Rispetto fatto assegnato	€ 447.679,46	Le necessità di interventi correttivi rispetto al valore economico di riferimento, dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Direzione e motivate con apposita relazione, anche a consumativo per l'eventuale riattribuzione di un range di tolleranza sulla percentuale dell'obiettivo
					Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera rispetto alla spesa tendicontata nel 2015	(Spesa farmaceutica ospedaliera 2015)/Spesa farmaceutica ospedaliera 2015	-1%	
	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Incremento consumi farmaceutica in distribuzione diretta rispetto ai consumi tendicontati nel 2014				Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2015 - Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2014/Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2014		Mantenimento nel 2016 dei volumi superiori al 2014
		100,00%	100,00%	100,00%				

Prerequisito: Rispetto modalità prescrittive (PTO, note e piani terapeutici) e rispetto dei flussi informativi (tempi di consegna delle sdo)

Come da Contratto Integrativo il Dirigente responsabile della Unità Operativa, unitamente al titolare dell'incarico di coordinamento e/o di posizione organizzativa, entro 15 giorni dalla firma del budget con la Direzione di Area Vasta è tenuto ad organizzare una riunione di Unità Operativa, coinvolgendo Dirigenza e Comparto per l'illustrazione e la discussione del budget stesso

Nel caso in cui intervengano nuove richieste di inserimento di obiettivi da parte della Direzione Generale Asur/Regione si procederà ad una revisione/ricontrattazione della scheda sottoscritta

La presente scheda di Budget viene sottoscritta secondo il modello organizzativo in essere che, a seguito del recepimento e conferimento dei nuovi incarichi di cui alla Determina DG 359 del 14/05/2015, può essere oggetto di riconferma ovvero di nuova attribuzione.

Direttore CUR Psichiatria Territoriale

Dr. Giorgio Martelli

Ascoli Piceno 6/5/2016

Individuo sostituto CUR Psichiatria Ospedaliera

Dr. Marco Gini

Direttore del Dipartimento

Dr.ssa Diana Sandoni

Il Direttore Area Vasta n.5

Avv. Giuletta Capocasa



Giuletta Capocasa

Settore strategico	Tipo obiettivo	Obiettivi specifici	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Azioni programmate	Indicatori	Valore Atteso	Note per la valutazione del risultato	Grado raggiungimento %
Efficienza ed Appropriatazza organizzativa	Obiettivi ASUR	Attivazione Cure intermedie	35%	35%	Contribuire per quanto di specifica competenza all'attivazione delle Cure intermedie negli ospedali di Comunità	Relazione sull'attività svolta	trasmissione relazione		
		Risorse umane e standard assistenziali			Analizzare lo storico e valutare il fabbisogno delle risorse umane e gli standard assistenziali	trasmissione documentazione	entro il 31/12/2016		
		Reti cliniche			Garantire la collaborazione e specifico supporto alla realizzazione e delle reti cliniche	Relazione sull'attività svolta	trasmissione relazione		
	DAV riunioni	Supervisione e verifica del lavoro svolto dai Coordinatori	10%	10%	Verifica e rilievo delle criticità	Relazione sullo svolgimento e sulle criticità rilevate	Trasmissione relazione		
	DAV/DD	Flessibilità personale	5%	5%	Utilizzo personale secondo le esigenze organizzative	Report utilizzo del personale dell'Ospedale e del Territorio effettuato secondo le necessità intervenute	Trasmissione documentazione		
	114.4	Godimento ferie 2014/2015	5%	5%	Godimento ferie del personale nei termini contrattualmente stabiliti	Predposizione piano per lo smaltimento ferie pregresse	Trasmissione piano ferie		
	ASUR- All2 det. 766/2014	Piano prestazioni aggiuntive S (P Servizio Gestione Risorse Umane)	10%	10%	Revisione piano prestazioni aggiuntive, in coerenza con lo sviluppo dei piani di assunzione nei limiti d'arie di sistema: analisi del fabbisogno e proposta di un'ipotesi di piano per il 2017	Trasmissione proposta programmatica	entro il 31/12/2016		
	DAV - riunioni budget	Organico UFA	5%	5%	Proposta dell'organico da assegnare all'UFA utilizzando il personale con prescrizioni e organizzazione del relativo percorso formativo	Documento redatto	Trasmissione documentazione		
	DAV - riunioni budget	Day surgery	10%	10%	Analisi delle attività svolte dal personale di	Documento di analisi	Trasmissione documento		
	72	Dematerializzazione. Implementazione dematerializzazione degli enti del SSR - S (P SIA)	20%	20%	Rispetto delle disposizioni di Area Vasta in materia di digitalizzazione dei processi amministrativi	processi digitalizzati	entro il 31/12/2016		
			100%				100%		

Come da Contratto Inscrittivo, il Dirigente responsabile della Unità Operativa, unitamente al titolare dell'incarico di coordinamento e/o di posizione organizzativa, entro 15 giorni dalla firma del budget con la Direzione di Area Vasta è tenuto ad organizzare una riunione di Unità Operativa, coinvolgendo Dirigenza e Comparto per l'illustrazione e la discussione del budget stesso

Nel caso in cui intervengano nuove richieste di inserimento di obiettivi da parte della Direzione Generale Asur/Regione si procederà ad una revisione/ricontrattazione della scheda sottoscritta

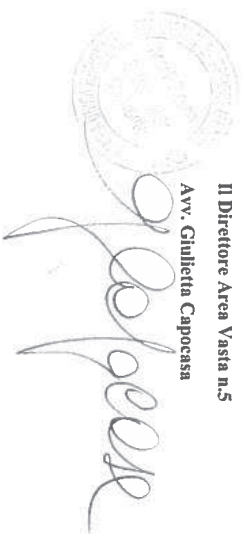
Il Resp.le del CDR

Dr.ssa Maria Rosa La Rocca



Il Direttore Area Vasta n.5

Avv. Giuletta Capocasa



SCHEDA DI BUDGET 2016 C.A.R.: U.O.C. Ufficio Legale

Settore strategico	Tipo obiettivo	Obiettivi specifici	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Azioni programmate	Indicatori	Valore Atteso	Note per la valutazione del risultato	Grado raggiungimento %
Efficienza ed appropriata organizzazione	72	Dematerializzazione, Implementazione dematerializzazione degli enti del SSR (S/P SDAP)	20,00%	20,00%	Rispetto delle disposizioni di Area Vasta in materia di digitalizzazione dei processi amministrativi	processi digitalizzati	entro il 31/12/2016		
	114.L/D/AV	Integrazione in ASUR/AV del percorso per il supporto alla gestione interna del contenzioso sanitario	80,00%	80,00%	Omogeneizzazione della gestione delle procedure di costituzione e difesa in giudizi relativi a responsabilità sanitaria aggiornate secondo DG/ASUR n. 749/20.10.2015	relazione sull'attività svolta e relativa documentazione	trasmissione relazione		
			100%	100%					

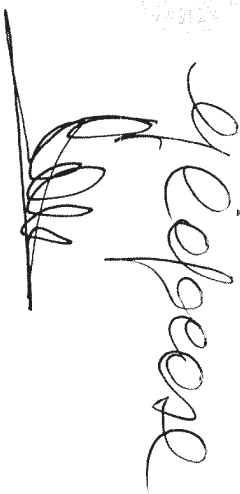
Come da Contratto Interattivo il Dirigente responsabile della Unità Operativa, unitamente al titolare dell'incarico di coordinamento e/o di posizione organizzativa, entro 15 giorni dalla firma del budget con la Direzione di Area Vasta è tenuto ad organizzare una riunione di Unità Operativa, coinvolgendo Dirigenza e Comparto per l'illustrazione e la discussione del budget stesso

Nel caso in cui intervengano nuove richieste di inserimento di obiettivi da parte della Direzione Generale Asur/Regione si procederà ad una revisione/ricontrattazione della scheda sottoscritta

Il Resp.le del CDR
Avv. Fabrizio Viozzi



Il Direttore Area Vasta n.5
Avv. Giulietta Capocasa




N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
4.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per prima dose MPR	N° di soggetti entro 24 mesi di età, vaccinati con prima dose MPR	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	84,08% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	90,18% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	87,38% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	88,54% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	90,3% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
4.3	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	copertura vaccinale antimeningococcica	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con 1 dose	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	70,73% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	83,53% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	68,46% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	76,94% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	83,45% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
4.4	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	copertura vaccinale antipneumococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con 1 dose completa	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	87,93% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	92,57% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	85,03% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	88,30% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	94,22% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
115	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-8	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	numero di soggetti superiore o uguale a 65 anni residenti	>60% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>60% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>60% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>60% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>60% o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
5.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Indicatori GISMA/GISCOR per screening oncologici	Inizi	Popolazione target	Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale	Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale	Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale	Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale	Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale
5.2	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Indicatori GISCI per screening oncologici	Inizi	Popolazione target	Standard estensione al 33% annuale	Standard estensione al 33% annuale	Standard estensione al 33% annuale	Standard estensione al 33% annuale	Standard estensione al 33% annuale
5.3	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di canceri in stadio II+ rilevanti dai programmi di screening per il tumore della mammella (canceri screen-detectati) al round successivo a quello di prevalenza	N° dei canceri invasivi screen-detectati	N° di tutti i canceri screen-detectati = 100	< 25%	< 25%	< 25%	< 25%	< 25%
116	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano i test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/VAzinda	N. strutture eroganti per AZAV	Aumento di almeno due ore/struttura per AV/VAz per ogni screening	Aumento di almeno due ore/struttura per AV/VAz per ogni screening	Aumento di almeno due ore/struttura per AV/VAz per ogni screening	Aumento di almeno due ore/struttura per AV/VAz per ogni screening	Aumento di almeno due ore/struttura per AV/VAz per ogni screening
6.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	>=5%	>=5%	>=5%	>=5%	>=5%
6.2	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	operatività degli Organismi Provinciali	attività efficace in coordinamento	attività programmate da VO F. in coordinamento	100%	100%	100%	100%	100%

Allegato

DETERMINA N. 236/D
29 NOV. 2016
DPI

ALLEGATO

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
117.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D. Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	operatività degli Organismi Provinciali	n. controlli ispettivi congiunti in edilizia e agricoltura	n. controlli ispettivi locali effettuati in edilizia ed agricoltura	>3%	>3%	>3%	>3%	>3%
117.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D. Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08 pervenute	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%
7	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-4	attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Quadragne Salute"	prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta	prevalenza zona di valutazione	prevalenza zona prescrite a quello della valutazione	mantenimento % indicatori almeno pari al 2013	mantenimento % indicatori almeno pari al 2013	mantenimento % indicatori almeno pari al 2013	mantenimento % indicatori almeno pari al 2013	mantenimento % indicatori almeno pari al 2013
8	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-5	effettuazione sorveglianza epidemiologica (****)	Realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	n. di inquadri di seguito su n. marche da effettuare		>= valore 2015	>= valore 2015	>= valore 2015	>= valore 2015	>= valore 2015
9.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	implementazione sistema screening	Messa a regime aggiornamento polivene screening in almeno 1 A.V.		Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta
9.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	Messa a regime in almeno 3 A.V. ASLR		Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta
9.3	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	Integrazione registro informatizzato idoneità sportive con cartella sanitaria medicina dello sport	Messa a regime in tutte le AA.VV.		Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta
9.4	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	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.		Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta	Relazione direzione di area Vasta
118.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-9	Attuazione DGR n. 316 del 20/04/2015	Svolgimento programma di aggiornamento sulla pratica vaccinale	realizzazione di modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore		completamento del modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore	completamento del modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore	completamento del modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore	completamento del modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore	completamento del modulo formativo di aggiornamento di almeno 3 ore
118.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-9	Attuazione DGR n. 316 del 20/04/2015	Programma biennale di sostegno alla pratica vaccinale	approvazione e realizzazione azioni 2015		Messa a regime azioni realizzate nel 2015	Messa a regime azioni realizzate nel 2015	Messa a regime azioni realizzate nel 2015	Messa a regime azioni realizzate nel 2015	Messa a regime azioni realizzate nel 2015

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
118.3	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-9	Attuazione DGR n. 316 del 20/04/2015	Avvio vaccinazione contro la varicella	n. di soggetti entro 24 mesi di età chiamati all'invacchino	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=30% o, se inferiore, comunque in miglioramento rispetto anno precedente	>=30% o, se inferiore, comunque in miglioramento rispetto anno precedente	>=30% o, se inferiore, comunque in miglioramento rispetto anno precedente	>=30% o, se inferiore, comunque in miglioramento rispetto anno precedente	>=30% o, se inferiore, comunque in miglioramento rispetto anno precedente
119	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-10	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modella La voce 19999 (casella Ribalimento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno nazionale per tipologia di visita Medico legale	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
10.1	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.4 MEDICINA LEGALE	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa L.C.	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	<=1	<=1	<=1	<=1	<=1
10.2	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.4 MEDICINA LEGALE	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa L. 104	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	<=1	<=1	<=1	<=1	<=1
10.3	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.4 MEDICINA LEGALE	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa pz. Oncoflogici	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	<=1	<=1	<=1	<=1
10.4	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.4 MEDICINA LEGALE	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa non vedenti e non udienti	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	<=1	<=1	<=1	<=1
10.5	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.4 MEDICINA LEGALE	D.4-2	contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti	tempo medio attesa commissione pazienti	n. giorni medi di attesa da ricezione domanda a effettuazione visita M.L.	n. giorni di attesa max indicati da normativa nazionale per tipologia di visita Medico legale	45 gg medi	45 gg medi	45 gg medi	45 gg medi	45 gg medi
12	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-7	copertura vaccinale anti HPV	copertura vaccinale anti HPV (*)	N. bambini nel corso del 12° anno di età vaccinate con ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita 2001	66,95% o, se inferiore, mantenimento valore % anno precedente	64,23% o, se inferiore, mantenimento valore % anno precedente	64,49% o, se inferiore, mantenimento valore % anno precedente	52,75% o, se inferiore, mantenimento valore % anno precedente	62,71% o, se inferiore, mantenimento valore % anno precedente
13	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-7	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi alla pianificazione delle attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Piano di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare delle Autorità competenti locali - interclassi-piani per ciascuna A.V. entro il 31/12/2016		AA.VV.	AA.VV.	AA.VV.	AA.VV.	AA.VV.
14.1	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-8	TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	>=99,9%	>=99,9%	>=99,9%	>=99,9%	>=99,9%
14.2	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-8	TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	>=99,8%	>=99,8%	>=99,8%	>=99,8%	>=99,8%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
15.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASSMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi bovini morti sottoposti ai test per BSE sul totale degli attesti	Numero di bovini morti (testi per BSE)	Numero totale dei bovini morti	≥ 85 %	≥ 85 %	≥ 85 %	≥ 85 %	≥ 85 %
15.2	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASSMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti ai test per TSE/Scrapie sul totale degli attesti per ogni specie	N capi ovini i morti sottoposti ai test TSE/Scrapie	N totale dei capi ovini morti	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
15.2	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASSMISSIBILI (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di caprini morti sottoposti ai test per TSE/Scrapie sul totale degli attesti per ogni specie	N capi caprini morti sottoposti ai test TSE/Scrapie	N totale dei capi caprini morti	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
16	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-12	PNR - PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	≥ 98 %	≥ 98 %	≥ 98 %	≥ 98 %	≥ 98 %
19	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-6	FITTO SANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale - LEA vincolante	% 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	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM
17	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-11	PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale Circolare 2/2/2000 n. 3c succ. modificati; D.L.vo 90/93; Decisione della Commissione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 882/2004; Regolamento (CE) n. 1831/2003 - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	Campioni effettuati per il PNAA	Totale campioni previsti dal PNAA	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma
18	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-5	FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica - D.L.vo 6 aprile 2006 n. 193 e nota DGSA n. 1466 del 26/01/2012 - LEA vincolante	% operatori controllati sul totale previsti dal programma in relazione alle frequenze stabilite	Numero di operatori controllati	Numero di operatori controllabili previsti dal programma	100%	100%	100%	100%	100%
20.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovicaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N Aziende ovicaprini controllati	N totale aziende ovicaprini controllabili previsti	> 3% delle aziende entro il 28/02/2016	> 3% delle aziende entro il 28/02/2016	> 3% delle aziende entro il 28/02/2016	> 3% delle aziende entro il 28/02/2016	> 3% delle aziende entro il 28/02/2016
20.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovicaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N Aziende e N Capi ovicaprini controllati	N capi ovicaprini controllabili previsti	> 5% dei capi	> 5% dei capi	> 5% dei capi	> 5% dei capi	> 5% dei capi
20.2	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R - art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N aziende suinicole controllate I&R	N totale aziende suinicole controllabili previste	1%	1%	1%	1%	1%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
21.1	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-3	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esecrizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esecrizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmi -articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di ispezioni effettuate sul totale delle programmate negli esecrizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. di ispezioni effettuate negli esecrizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. totale di ispezioni programmate negli esecrizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	>= anno 2013	>= anno 2013	>= anno 2013	>= anno 2013	>= anno 2013
21.2	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-3	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esecrizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esecrizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmi -articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esecrizi di commercializzazione e di ristorazione	N. campionamenti effettuati negli esecrizi di commercializzazione e di ristorazione	N. totale di campionamenti programmati negli esecrizi di commercializzazione e di ristorazione	>= anno 2013	>= anno 2013	>= anno 2013	>= anno 2013	>= anno 2013
22	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	>= 95 % Piano OGM	>= 95 % Piano OGM	>= 95 % Piano OGM	>= 95 % Piano OGM	>= 95 % Piano OGM
23	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-10	PIANO SORVEGLIANZA MBV zone di produzione e sabbulazione dei molluschi bivalvi vivi di specie del Reg. CE 854/04	% di arce di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Arce di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza prevista	Arce di raccolta molluschi	100%	100%	100%	100%	100%
24	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-13	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSA/F 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	100%	100%	100%	100%
25	A PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	% di AUDIT effettuati sul totale dei programmati dall'Autorità Competente Locale	N. AUDIT effettuati	N. AUDIT previsti dal programma	100%	100%	100%	100%	100%
27.2	D ASSISTENZA TERRITORIALE	D.2 CURE DOMICILIARI	D.2-2	Cure domiciliari Sub I: Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le OOS DGR n.149/14 e 79/1/14.	Messa a regime della riorganizzazione delle Cure Domiciliari secondo gli standard della DGR 79/1/14.			Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
35	D ASSISTENZA TERRITORIALE	D1 CASI DELLA SALUTE E CURE INTERMEDIE	D.1.4	Case della salute e Cure intermedie Sub 4. Attivazione P.I. Cure Intermedie secondo i criteri di specifico atto regionale nelle strutture di cui alla DGR 735/13	Produzione di reportistica attestante l'aggiornamento, entro il 31/12/2016, dei posti letto derivanti dalla riconversione in Ospedali di Comunità agli standard della DGR 139/2016	Documentazione inviata all'P.F. Assistenza Operativa Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata all'P.F. Assistenza Operativa Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione e inviata entro il 31/01/2017	Documentazione e inviata entro il 31/01/2017	Documentazione e inviata entro il 31/01/2017	Documentazione e inviata entro il 31/01/2017	Documentazione e inviata entro il 31/01/2017
1.1	C LISTE DI ATTESA	C1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C.1.3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D Visita Oculistica	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classi di priorità D	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
1.2	C LISTE DI ATTESA	C1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C.1.3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D Mammografia	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classi di priorità D	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
1.3	C LISTE DI ATTESA	C1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C.1.3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D TAC torace	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classi di priorità D	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
1.4	C LISTE DI ATTESA	C1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C.1.3	Liste di attesa. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti prestazioni: - visita oculistica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraortici.	Numero % prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D Ecocolordoppler tronchi sovraortici	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classi di priorità D	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
45.1	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	% 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	Diminuzioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371)	Numero totale delle diminuzioni per parto con pregresso cesareo (DRG 370 - 375)	<=15%	<=15%	<=15%	<=15%	<=15%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
45.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	% 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	Dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371)	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375)	<19%	<19%	<19%	<19%	<19%
45.5	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vinculante % parti fortemente pre-terme avvenuti in punti nascita senza ULTN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PNI di categoria I o II (intrauterina neonatale)	Totale parti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	n. assoluto <= a 15 parti pretermine	n. assoluto <= a 15 parti pretermine	n. assoluto <= a 15 parti pretermine	n. assoluto <= a 15 parti pretermine	n. assoluto <= a 15 parti pretermine
45.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	% 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	Intervallo 60-70%	Intervallo 60-70%	Intervallo 60-70%	Intervallo 60-70%	Intervallo 60-70%
45.6	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vinculante Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Parte 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. D parte per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Parte per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Inferiore o uguale al 2015	Inferiore o uguale al 2015	Inferiore o uguale al 2015	Inferiore o uguale al 2015	Inferiore o uguale al 2015
45.7	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	% 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)	> 41,03%	> 41,03%	> 41,03%	> 41,03%	> 41,03%
45.8	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vinculante Accessi di tipo medico	N. accessi di tipo medico (interni allo di ricovero)		Mantenimento valore 2015	Mantenimento valore 2015	Mantenimento valore 2015	Mantenimento valore 2015	Mantenimento valore 2015
45.9	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Vinculante % Ricoveri in DH medico di tipo medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	< 33,37%	< 33,37%	< 33,37%	< 33,37%	< 33,37%
45.3	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PME)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 30 giorni) con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione ospedaliera ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 30 giorni) con riammissione entro 30 giorni dalla data di dimissione ospedaliera ordinario per acuti	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015
45.4	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Potenziamento qualità clinica	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacuitizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacuitizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti) seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacuitizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti)	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015
46	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-8	Miglioramento appropriatezza medica	% Ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltre soglia	Ricoveri medici	< 5,23%	< 5,23%	< 5,23%	< 5,23%	< 5,23%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
47.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-7	Miglioramento appropriatezza chirurgica	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 23,03	< 23,03	< 23,03	< 23,03	< 23,03
47.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-7	Miglioramento appropriatezza chirurgica	DRG LEA Chirurgici: % Ricevuti in Day-Surgery	Ricevuti effettuati in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	Ricevuti effettuati in Day-Surgery e ricevuti ordinario per i DRG LEA Chirurgici	>46,4% o, se minore, comunque miglioramento valore % anno precedente	>46,4% o, se minore, comunque miglioramento valore % anno precedente	>46,4% o, se minore, comunque miglioramento valore % anno precedente	57,39% o, se minore, comunque mantenimento valore % anno precedente	59,93% o, se minore, comunque mantenimento valore % anno precedente
49.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-11	Promio Soccorso	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015
49.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-11	Promio Soccorso	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015	> Valore 2015
73	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Numero % di presenze in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero di presenze in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero totale di presenze in carico (con data di dimissione nell'anno)	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%	>= 80%
74	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza domiciliare: Validazione della coerenza dei dati totali da presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS31-Quadro 11	Numero presenze in carico attive presenti nel flusso SIAD	Numero presenze in carico nel Modello FLS31	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120
75	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sanitario diverso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero di record con codice sanitario diverso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120
76	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SeT) nel 2015 rispetto al 2014	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SeT) 2015	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SeT) 2014	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%
77	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie -modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie -modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120
78	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Salute mentale: Valutazione della coerenza del numero di assistiti rilevati con il flusso SISM e con il Modello STS24	Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM	Numero di utenti rilevati con il Modello STS24 - Tipo di assistenza - I (assistenza psichiatrica)	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120	Valore compreso tra 90 e 120

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
79	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120
80	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flussso EMUR e con il Modello HSP24	Numero di accessi calcolati con EMUR	Numero @ 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	Valore compreso tra 90 e 110
81	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero totale di record campi data-ora	Valore compreso tra 90 e 110	Valore compreso tra 90 e 110	Valore compreso tra 90 e 110	Valore compreso tra 90 e 110	Valore compreso tra 90 e 110
82	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2016 rispetto al 2015	Numero di interventi del servizio 118 anno 2016	Numero di interventi del servizio 118 anno 2015	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%	>= 90%
83	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR/ Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120
84	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza semiresidenziale: 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	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120	Valore compreso tra 80 e 120
85	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Hospice: valutazione della completezza dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri	Numero di strutture che inviano i dati del flussso Hospice ogni trimestre	Numero di strutture presenti nel Modello STS11	100%	1	1	1	1
87	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.4	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Assistenza farmaceutica - Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei farmaci: Incidenza del costo dai flussi medicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE	Valore della spesa rilevata dai flussi medicinali per distribuzione diretta e consumi ospedalieri (al netto dei vaccini)	Totale costi rilevati dal Modello di costo economico per le voci corrispondenti	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%	>= 95%
88	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1.2	Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE, voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di costo economico	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di costo economico	Delta anno precedente >= 30% In alternativa >= 65%	Delta anno precedente >= 30% In alternativa >= 65%	Delta anno precedente >= 30% In alternativa >= 65%	Delta anno precedente >= 30% In alternativa >= 65%	Delta anno precedente >= 30% In alternativa >= 65%
89	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2.3	Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata	Rispetto del valore programmato nel Piano di Ricentro 2016	(Spesa farmaceutica territoriale convenzionata nella 2016 da Piano di Ricentro - Spesa farmaceutica territoriale convenzionata nella 2016 consumativa)	Spesa farmaceutica territoriale convenzionata nella 2016 da Piano di Ricentro	<= 0%	<= 0%	<= 0%	<= 0%	<= 0%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
90	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-2	Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmacia convenzionata (DDG 1/10/2009)	Produzione di documentazione attestante lo svolgimento: a. dell'analisi dei comportamenti prescrittivi dei MMG/P.S., specialmente sui farmaci che determinano incrementi della spesa e dei consumi; b. del controllo sul rispetto delle note AIFA, delle indicazioni nelle schede tecniche dei farmaci e dei piani terapeutici; c. della progettazione ed attuazione di azioni correttive; d. dell'applicazione di eventuali sanzioni.	Relazione inviata al Direttore Generale ASUR	Relazione inviata al Direttore Generale ASUR	Documentazioni e inviate	Documentazioni e inviate	Documentazioni e inviate	Documentazioni e inviate	Documentazioni e inviate
91.1	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-3	Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata	DDD farmaci a brevetto scaduto	DDD totale farmaci	Totale DDD farmaci	Incremento del 2,5% rispetto all'anno precedente	Incremento del 2,5% rispetto all'anno precedente	Incremento del 2,5% rispetto all'anno precedente	Incremento del 2,5% rispetto all'anno precedente	Incremento del 2,5% rispetto all'anno precedente
91.2	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sintine: Spesa nella pro-capite pesata	Spesa nella sintine (ACT4 C10AA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 9	≤ 9	≤ 9	≤ 9	≤ 9
91.3	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sostanze modificatrici dei lipidi: Spesa nella pro-capite pesata	Spesa nella sostanze modificatrici dei lipidi (ATC5 C10BA02 + C10AX09)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3
91.4	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: Spesa nella pro-capite pesata	Spesa nella inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10	≤ 10
91.5	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Inibitori di pompa acida: % Pazienti trattati rispetto ai residenti	Pazienti trattati con prescrizioni di farmaci inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 17%	≤ 17%	≤ 17%	≤ 17%	≤ 17%
91.6	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	% DDD Sartani associati e non su totale DDD sostanze ad azione sul sistema trinita-angiotensina	DDD Sartani associati e non (ATC4 C09CA + C09DA)	DDD sostanze ad azione sul sistema trinita-angiotensina (ATC2 C09)	≤ 40%	≤ 40%	≤ 40%	≤ 40%	≤ 40%
91.7	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani non associati: Spesa nella pro-capite pesata	Spesa nella sartani non associati (ATC4 C09CA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
91.8	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Sartani associati: Spesa nella pro-capite pesata	Spesa nella sartani associati (ATC4 C09DA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6
91.9	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-4	Incremento uso farmaci con brevetto scaduto	Adrenergici respiratori: Spesa nella pro-capite pesata	Spesa nella adrenergici respiratori (ATC4 R03AK)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6	≤ 6
92	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.1 FARMACEUTICA OSPEDALIERA	F.1-6	Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effettuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	≥ 3%	≥ 3%	≥ 3%	≥ 3%	≥ 3%
95	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Incremento del 10% dell'utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto all'anno 2013	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Incremento 10%	Incremento 10%	Incremento 10%	Incremento 10%	Incremento 10%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
96	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.3 FARMACI TERRITORIALI	F.2-1	Appropriatezza prescrittiva farmaci biologici in ambito reumatologico, gastroenterologico e dermatologico	Produzione di documentazione attestante: a. la compilazione da parte dei centri prescrittori di una scheda di monitoraggio / piano terapeutico; b. la catalogazione da parte dei servizi farmaceutici delle schede di monitoraggio / piani terapeutici; c. l'erogazione del farmaco esclusivamente in presenza della scheda di monitoraggio / piano terapeutico.	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
97	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACI TERRITORIALE	F.2-5	Monitoraggio dei farmaci ad alto costo	Produzione di documentazione attestante il monitoraggio trimestrale dei consumi dei farmaci ad alto costo e l'elaborazione di possibili interventi correttivi nel caso di rilevamento di scostamenti anomali nei consumi	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO
98	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.1 FARMACI OSPEDALIERA	F.1-5	Recupero rimborsi per farmaci soggetti a risk sharing, cost sharing, payment by result e success fee	Produzione di documentazione attestante la definizione del processo organizzativo che persegue il corretto e completo recupero dei rimborsi per gli anni 2012 e 2013 della specialità medicinali sottoposte a monitoraggio dall'AVFA			100%	100%	100%	100%	100%
99	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.1 FARMACI OSPEDALIERA	F.1-3	Farmaci oncologici	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestando lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestando lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione e attestante la centralizzazione	Documentazione e attestante la centralizzazione	Documentazione e attestante la centralizzazione	Documentazione e attestante la centralizzazione	Documentazione e attestante la centralizzazione
100.1	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.2 FARMACI TERRITORIALE	F.2-6	Polenzamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Incremento consumi farmaceutica in distribuzione diretta rispetto ai consumi tendenziali nel 2015	Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2016 - Spesa farmaceutica in distribuzioe diretta 2015	Spesa farmaceutica in distribuzione diretta 2015	> = 0%	> = 0%	> = 0%	> = 0%	> = 0%
100.2	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.3 FARMACI TERRITORIALE	F.2-6	Polenzamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principali atti (specialmente a breveto scaduto) erogabili e dei concetti percorsi assistenziali; b. l'incensivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e Farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un promissario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno allinearsi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovcrstiane.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestando lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestando lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione	Relazione	Relazione	Relazione	Relazione

N. Indicatore ore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
102	F. SPESA FARMACEUTICA A	F.1 FARMACEUTICA OSPEDALIERA	F.1-4	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici	Produzione di documentazione attestante la costituzione di una commissione dei DM finalizzata a, alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM, d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analogia complessità; e alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione	Relazione	Relazione	Relazione	Relazione
71	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	A.2-3	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato del DM 22/04/14, in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31/12/2015 Le Aziende SSR e INRCA provvedono a inserire le informazioni richieste per le grandi apparecchiature sanitarie in uso alla data del 31 dicembre 2013 presso le strutture pubbliche e private (tipologie individuali disciplinate tecnico allegato al DM 22.4.14)	Numero di apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.04.2014, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31/12/2015, pubblicate in NSIS	Numero di apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.04.2014, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31/12/2015, pubblicate in NSIS	100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private	100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private	100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private	100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private	100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private	100% inserimenti strutture pubbliche e coordinamento degli adempimenti per le strutture private
107	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1. RICORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-5	Avvio percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza Efficacia operativa	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	72,7% presenza teorica con monitoraggio su tempo una la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno. (Contenuti informativi riferiti ai fini dell'indicatore: Piana, Osa, Inizio, Chiama, Osa, Osa, Area, Mezzo, Mezzo)	<=18	<=18	<=18	<=18	<=18	
112.1	II. ATIL	II.3 ATIL. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	II.3-1	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determinata	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determinata	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	
112.2	II. ATIL	II.3 ATIL. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	II.3-1	Efficacia ed efficienza del processo di budgeting	Ribalamento di almeno il 90% degli indicatori	Ribalamento di almeno il 90% degli indicatori	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	entro il 31/07/2016	
113	C. LISTE DI ATTESA	C.3 LISTE DI ATTESA. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	C.3-1	Liste di attesa	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità		100%	100%	100%	100%	100%	

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
114.1	II. ATIL	H.3 ATIL: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-6	Obiettivi Area ATIL (Segreteria generali)	I Servizi assicurativi – Contenzioso – Segreteria hanno l'obiettivo di garantire la puntuale applicazione della procedura di gestione diretta sinistri approvata con Determina n. 749 del 28/10/2015, secondo quanto stabilito dettagliatamente negli allegati ivi acclusi	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Almeno l'80% delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2016 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015	Almeno l'80% delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2016 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015	Almeno l'80% delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2016 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015	Almeno l'80% delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2016 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015	Almeno l'80% delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2016 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015
114.1	II. ATIL	H.3 ATIL: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-6	Obiettivi Area ATIL (Affari Generali/Segreteria generali)	Trasmissione trimestrale dell'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenute dall'Area Vasta.	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	N. 3 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenuti realtivi al primo semestre 2016 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2016 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2016 (31/01)	N. 3 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenuti realtivi al primo semestre 2016 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2016 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2016 (31/01)	N. 3 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenuti realtivi al primo semestre 2016 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2016 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2016 (31/01)	N. 3 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenuti realtivi al primo semestre 2016 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2016 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2016 (31/01)	N. 3 report contenenti l'elenco delle contestazioni, dei reclami, delle richieste di risarcimento per violazione della privacy pervenuti realtivi al primo semestre 2016 (entro il 31/07), al terzo trimestre 2016 (entro il 31/10) e al quarto trimestre 2016 (31/01)
114.2	II. ATIL	H.3 ATIL: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-7	Obiettivi Area ATIL (Bilancio)	Equilibrio economico finanziario mensile e annuale attraverso programmazioni pagamenti per area vasta	5 AAVV conformi		12 reports	12 reports	12 reports	12 reports	12 reports
114.2	II. ATIL	H.3 ATIL: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-7	Obiettivi Area ATIL (Bilancio)	Certificazione dei crediti a traccerò la verifica estratti conto ricevuti dal Responsabile Contabilità Aziendale	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione		Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione
114.2	II. ATIL	H.3 ATIL: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-7	Obiettivi Area ATIL (Bilancio)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013	Rispetto tempi di chiusura del Bilancio ASUR		Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR
114.2	II. ATIL	H.3 ATIL: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-7	Obiettivi Area ATIL (Bilancio)	Rispetto scadenza chiusura Bilancio	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR		Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio ASUR

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
114.3	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-9	Obiettivi Area ATTL (Formazione)	Incontri con il G.d.L. Formazione per Omogeneizzazione procedure per le attività FORMATIVE	31/12/16		31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16
114.3	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-9	Obiettivi Area ATTL (Formazione)	1) Customer Satisfaction: analisi risultati; Indagine 2016, Report risultati; valutazione e proposte per prosecuzione indagini e/o altre LU.OO.	31/12/16		31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16
114.3	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-9	Obiettivi Area ATTL (Formazione)	2) raccolta fabbisogni formativi omogenea e contemporanea.	31/12/16		31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16
114.3	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-9	Obiettivi Area ATTL (Formazione)	3) Supporto documentazione per accreditamento Provider Unico per l'Area Vasta di Competenza	31/12/16		31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16
114.3	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-9	Obiettivi Area ATTL (Formazione)	2) Definizione indicatori unici per Carta dei Servizi Aziendale	31/12/16		31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16	31/12/16
114.3	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-9	Obiettivi Area ATTL (Formazione)	5) Gestione reclami	100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento		100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento	100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento	100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento	100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento	100% dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento
114.4	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-12	Obiettivi Area ATTL (Personale)	Correttezza negli adempimenti aziendali richiesti dalla Direzione Generale (Cud, Conto Annuale, Modello 770, Denuncia Disabili, Atti di determinazione dei fondi contrattuali, Chiusura Stipendi)			Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente	Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente	Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente	Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente	Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente
114.4	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-12	Obiettivi Area ATTL (Personale)	Partecipazioni alle riunioni dal parte dei dirigenti convocati e applicazione delle indicazioni operative decise in coordinamento			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni
114.5	H. ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-11	Obiettivi Area ATTL (Patrimonio)	Attivazione delle verifiche sistemiche sulle strutture sanitarie di interesse strategico ed a rischio rilevante			Avvio delle procedure di verifica per il 100% delle strutture ospedaliere	Avvio delle procedure di verifica per il 100% delle strutture ospedaliere	Avvio delle procedure di verifica per il 100% delle strutture ospedaliere	Avvio delle procedure di verifica per il 100% delle strutture ospedaliere	Avvio delle procedure di verifica per il 100% delle strutture ospedaliere

N. Indicatori	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
114.5	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-11	Obiettivi Area ATTL (Patrimonio)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Del. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio
114.5	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-11	Obiettivi Area ATTL (Patrimonio)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 135/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni razionalizzazio ne della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni razionalizzazio ne della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni razionalizzazio ne della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni razionalizzazio ne della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni razionalizzazio ne della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016
114.6	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-8	Obiettivi Area ATTL (Controllo di Gestione)	Produzione di Reportistica almeno bimestrale ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati			Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento o degli obiettivi economici e sanitari	Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento o degli obiettivi economici e sanitari	Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento o degli obiettivi economici e sanitari	Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento o degli obiettivi economici e sanitari	Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento o degli obiettivi economici e sanitari
114.6	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-2	Obiettivi Area ATTL (Controllo di Gestione)	Implementazione del Cruscotto di controllo dell'AV3 nelle AV 1,2,4-5			100%	100%	100%	100%	100%
114.7	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-13	Obiettivi Area ATTL (Provveditorato)	Programma acquisizione tecnologie sanitarie secondo la DGRM n. 986/2014, in collaborazione con l'Area Ingegneria clinica			100%	100%	100%	100%	100%
114.7	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-13	Obiettivi Area ATTL (Provveditorato)	Adempimenti in relazione al riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità e trasparenza. Inscrittura informazione procedura Areas nei tempi previsti			100%	100%	100%	100%	100%
114.7	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-13	Obiettivi Area ATTL (Provveditorato)	Supporto Centralizzazione acquisti (Gare SUAM): le Aziende SSR e INRCA debbono trasmettere la documentazione di competenza per acquisti relativi a procedure di gara SUAM nelle modalità e tempistiche definite DGRM 1670/2012 e DGR 649/2013 e 1752/2013.			100% richieste assolate	100% richieste assolate	100% richieste assolate	100% richieste assolate	100% richieste assolate

N. Indicant ore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
114.7	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-13	Obiettivi Area ATTL (Provveditorato)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Del. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato
114.7	H. ATTL	H.3 ATTL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	11.3-13	Obiettivi Area ATTL (Provveditorato)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 129/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 let. a)	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016
114.8	H. ATTL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATTL	11.3-10	Obiettivi Area ATTL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo l'applicazione delle indicazioni e disposizioni ricevute.	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute	Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute
114.8	H. ATTL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATTL	H.3-10	Obiettivi Area ATTL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Supporto all'avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata	Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata
114.8	H. ATTL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATTL	11.3-10	Obiettivi Area ATTL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Risoluzione delle criticità riscontrate sulle ricette in esenzione, relativamente ai soggetti non esenti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
114.8	H. ATTL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATTL	11.3-10	Obiettivi Area ATTL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Controlli delle autocertificazioni: conclusione dell'anno 2014	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
114.8	II ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-4	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Del. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale
114.8	II ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-4	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016
114.9	II ATL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATL	H.3-11	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo la partecipazione agli incontri finalizzati all'ottimizzazione /revisione /predisposizione delle procedure operative di afferenza delle Strutture			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni	Presenza ad almeno il 90% delle riunioni
114.9	II ATL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATL	H.3-11	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Attivazione delle procedure di recupero crediti			Fatto/non fatto	Fatto/non fatto	Fatto/non fatto	Fatto/non fatto	Fatto/non fatto
114.9	II ATL	H.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AREA ATL	H.3-11	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Revisione delle procedure di controllo e liquidazione delle fatture di servizio dei trasporti in emergenza, prevalentemente sanitari e non prevalentemente sanitari;			Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT	Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT	Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT	Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT	Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT
114.9	II ATL	H.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-3	Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Del. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera	Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera

N. Indicat ore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
114.12	II ATL	II.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-4	Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 129/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016	Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2016
114.13	II ATL	II.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-4	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	1) Invio questionario ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione 2) Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente"			Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017	Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017	Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017	Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017	Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017
114.13	II ATL	II.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-4	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	3) Adempire agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.L. di competenza dell'AV 4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2017			Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia	Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia	Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia	Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia	Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia
114.13	II ATL	II.3 ATL OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	H.3-4	Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2017			Predisposizioni e mappatura aggiornata entro il 31/12/2016	Predisposizioni e mappatura aggiornata entro il 31/12/2016	Predisposizioni e mappatura aggiornata entro il 31/12/2016	Predisposizioni e mappatura aggiornata entro il 31/12/2016	Predisposizioni e mappatura aggiornata entro il 31/12/2016
124	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-2	Applicazione DGR 1345/2013	Produzione di reportistica attestante la realizzazione di ciascuna rete clinica strutturale definita con DGR 1345/2013	numero di reti cliniche funzionali realizzate	numero reti previste dalla del. 916/2015	100% entro il 31/12/2016	100% entro il 31/12/2016	100% entro il 31/12/2016	100% entro il 31/12/2016	100% entro il 31/12/2016
126	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-4	Applicazione DGR 920/2013 e 1476/2013	Produzione reportistica attestante l'avvenuto adeguamento la riorganizzazione delle poles	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita		Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita
127	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-12	Riduzione delle sedi dei laboratori pubblici accorpati per AV	Predisposizione di atti propedeutici alla riorganizzazione dei laboratori analisi in officina di AV geograficamente intesa interaziendale	Redazione documentazione da inviare alla P.F. Assistenza Territoriale		Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita
128	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individuale riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo	> 80% o, se inferiore mantenimento valore % anno precedente	> 80% o, se inferiore mantenimento valore % anno precedente	> 80% o, se inferiore mantenimento valore % anno precedente	> 80% o, se inferiore mantenimento valore % anno precedente	> 80% o, se inferiore mantenimento valore % anno precedente

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
129	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Miglioramento appropriata riabilitazione	Vincolante Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero di giornate di degenza per ricoveri in strutture (oltre soglia)	Numero totale di giornate di degenza	< Valore 2015	< Valore 2015	< Valore 2015	< Valore 2015	< Valore 2015
130	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-5	Vincolante Garantire completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2016 (Dati per dichiarazione dei redditi)	Numero di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero di dati di spesa sanitaria anno 2016 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2016	100%	100%	100%	100%	100%
131	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-3	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Trasmmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno precedente anno di riferimento)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno precedente anno di riferimento)	Dati di anatomia patologica necessari al Registro Tumori Regionale presenti negli archivi informativi (anno precedente anno di riferimento)	100% entro 30/11/2016	100% entro 30/11/2016	100% entro 30/11/2016	100% entro 30/11/2016	100% entro 30/11/2016
132	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-12	Completamento attuazione DGR 1287 del 16/9/2013	Organizzazione Dipartimenti di Prevenzione in AV	Attuazione da parte di ciascuna AV del capitolo 3 della DGR 1287/2013	Attuazione da parte di ciascuna AV secondo indicazioni per 1,4.1 DGR 540/2015 (entro 30/11/15)	atti delle 5 AA.VV.	atti delle 5 AA.VV.	atti delle 5 AA.VV.	atti delle 5 AA.VV.	atti delle 5 AA.VV.
133	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-11	Attuazione DGR 540/2015 (PRP 2014 2018)	Gruppi tecnici di AV per coordinamento prp	Formalizzazione gruppi tecnici coordinamento in ciascuna AV secondo indicazioni per 1,4.1 DGR 540/2015 (entro 30/11/15)	Adozione atti formali che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA entro il 31/12/2016. Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte
134	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.2-2	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 853/04 e Reg. 854/04	Atti formali che definiscono il programma di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA	Adozione atti formali che definiscono il programma di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA entro il 31/12/2016. Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Adozione atti formali che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA entro il 31/12/2016. Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte	Attivi formali adottati che definiscono il programma di audit dell'AV/CL su OSA (Sì/No). Il programma deve comprendere almeno il 30% degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte
136	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E.2-2	Formazione al personale coinvolto nella PDTA con particolare riferimento al personale afferente ai nuovi CDCD	numero % di progetti formativi avviati	Organizzazione di un progetto formativo per Area Vasta che aggrimi e specializzi il personale afferente al CDCD		Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto
137	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	F.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E.2-3	Regolamentazione dei centri diurni per disabili (SRDis 1.1 e SRDis 1.2)	Sottoscrizione delle relative convenzioni con gli enti titolari/gestori del servizio			Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
138	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-4	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Inserimento da parte di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i codici OKR5) nel 2016 nell'applicativo di gestione del listino multiple per complete procedura fornitore del sistema AREAS ANC entro il 31/12/2016		Report da inviare a PF Assistenza Territoriale entro il 31/12/2016	Report da inviare a PF Assistenza Territoriale entro il 31/12/2016	Report da inviare a PF Assistenza Territoriale entro il 31/12/2016	Report da inviare a PF Assistenza Territoriale entro il 31/12/2016	Report da inviare a PF Assistenza Territoriale entro il 31/12/2016
139	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-5	Costituzione delle U.O.Ses a livello distrettuale	numero % accordi approvati ambito sociale/ distretto sanitario	Subscrittura di almeno il 75% degli Accordi con Azienda Sociale e Distretto Sanitario per l'organizzazione e gestione unitaria della U.O. SSS		80%	80%	80%	80%	80%
140	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-6	Implementazione dei Punit Unici di Accesso a livello distrettuale (P/UA)	numero % di PUA operativi progettati	Individuazione degli idonei spazi e avvio progetti di implementazione del nuovo modello organizzativo		Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto
141	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-7	Implementazione delle Unità Valutative Integrate (UVI)	numero % UVI che utilizzano i medesimi strumenti di valutazione multidimensionale	Avvio del percorso formativo per acquisizione e utilizzo dei medesimi strumenti di valutazione multidimensionale	Avvio del percorso formativo per acquisizione e utilizzo dei medesimi strumenti di valutazione multidimensionale	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto
143	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-9	Implementazione di modelli organizzativi per la continuità delle cure e della assistenza ospedaliera-territoriale	Attivazione di almeno un ambulatorio a gestione infermieristica per AV			Mantenimento di almeno un ambulatorio infermieristico	Mantenimento di almeno un ambulatorio infermieristico	Mantenimento di almeno un ambulatorio infermieristico	Mantenimento di almeno un ambulatorio infermieristico	Mantenimento di almeno un ambulatorio infermieristico
145	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-14	Miglioramento della formazione degli operatori e avvio dell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e residenziali	Avvio di un piano di formazione per il triennio 2015-2017	Avvio di un piano di formazione per il triennio 2015-2017		Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto
146	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E-2-14	Miglioramento della formazione degli operatori e avvio dell'organizzazione dei servizi ambulatoriali e residenziali	Attivazione equipe ambulatoriali previste dalla DGR 247/2014	Attivazione equipe ambulatoriali previste dalla DGR 347/2014		Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto	Fatto/Non Fatto
148	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Applicazione Legge 38/2010	Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del dolore Valutazione applicazione DGR 325/2015	Numero ambulatori per la rete del dolore dedicati dei centri spole per AV/Az per AV/Az prima della def	Numero ambulatori per terapia dolore già attivati per AV/Az prima della def	Almeno uno per AV	Almeno uno per AV	Almeno uno per AV	Almeno uno per AV	Almeno uno per AV
149	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Applicazione Legge 38/2010	Attività svolte per l'avvio della rete per le cure palliative Valutazione applicazione DGR 846/2014	Numero UCP II-D attivate	Numero Hospice attivati	> Valore 2014	> Valore 2014	> Valore 2014	> Valore 2014	> Valore 2014
151	H ATL	H.1 ATL INVESTIMENTI	H.1-1	Attuazione piano investimenti	% Valore investimenti attuati rispetto alle risorse autorizzate	DDD farmaci oppioidi maggiori per il trattamento del dolore severo (ATCS N02AA01, N02AG01, N02AED1, N02AB03, N02AA03, N02AA55, N02AA03) erogate nell'anno in regime di convenzione e in distribuzione diretta o per conto di classe A * 1000	Popolazione residente * 365	100%	100%	100%	100%	100%
152	H ATL	H.2 ATL INFORMATICA	H.2-2	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	Cittadini che hanno rilasciato il consenso per il FSE	Valore contropeso (IVA compresa) della spesa effettiva	Totale della spesa autorizzata	>= 100 pz	>= 100 pz	>= 100 pz	>= 100 pz	>= 100 pz
153	H ATL	H.2 ATL INFORMATICA	H.2-2	Realizzazione del fascicolo sanitario Elettronico	Referti di laboratorio strutturati digitali resi disponibili nel FSE			>= 100 pz	>= 100 pz	>= 100 pz	>= 100 pz	>= 100 pz
154	H ATL	H.2 ATL INFORMATICA	H.2-3	Effettuazione pagamenti elettronici attraverso il nodo dei pagamenti SPC	Attivazione del servizio di pagamento delle prestazioni sanitarie attraverso la piattaforma regionale Mpay	Valore assoluto pagamenti online	Totale pagamenti	>0,1%	>0,1%	>0,1%	>0,1%	>0,1%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Descr Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
155	H. ATIL	H.2 ATIL INFORMATICA	H.2-4	Codifica unica catalogo Regionale LIS	Numero di prestazioni unificate	Valore assoluto codifiche unificate	Totale codifiche gruppi di lavoro	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%
156	H. ATIL	H.2 ATIL INFORMATICA	H.2-5	Portale fascicolo sanitario	Numero di servizi online rilasciati	Tempi di attesa, Pagamenti online, Prestazioni online	Pagamenti online, Prestazioni online	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%
157	H. ATIL	H.2 ATIL INFORMATICA	H.2-6	Dematerializzazione prescrizioni specialistiche	% ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale	N. ricette dematerializzate	N. ricette totali	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%
161	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3 DISEGUAGLIANZE	E.3-1	Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Attuazione della DGRM 1/2015 e 13 indicatori di cui al punto d)	Contribuire al consolidamento di - (sul regionale permanente attraverso la prescrizione di apertura SSR delle AAVV/AO (punto A) - (11ep) del (punto B) - N. di iniziative formative realizzate (punto C) - Monitoraggio degli indicatori di cui al punto D		Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento punti A,B,C,D entro il 15/12/2016	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento punti A,B,C,D entro il 15/12/2016	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento punti A,B,C,D entro il 15/12/2016	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento punti A,B,C,D entro il 15/12/2016	Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento punti A,B,C,D entro il 15/12/2016
162	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3 DISEGUAGLIANZE	E.3-2	Aumento n. sedi n. ore e n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI in relazione alla domanda territoriale	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2015	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2015	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AVV	>= valore 2015 (n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AVV)	>= valore 2015 (n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AVV)	>= valore 2015 (n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AVV)	>= valore 2015 (n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AVV)	>= valore 2015 (n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori per AVV)
163	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3 DISEGUAGLIANZE	E.3-3	Impiego stabile di servizi di mediazione interculturale presso i servizi sanitari SSR Marche	Dispositivo della Mediazione Interculturale secondo linee guida regionali Circolare Sanità 29/1/20 Prot. 570/ARS/SP e normative di riferimento per AAVV/AAOO	n. servizi di mediazione interculturale attivati per AAVV/AO		Relazione sull'utilizzo/avv. io del Dispositivo entro il 15/12/2016	Relazione sull'utilizzo/avv. io del Dispositivo entro il 15/12/2016	Relazione sull'utilizzo/avv. io del Dispositivo entro il 15/12/2016	Relazione sull'utilizzo/avv. io del Dispositivo entro il 15/12/2016	Relazione sull'utilizzo/avv. io del Dispositivo entro il 15/12/2016
166	C LISTE DI ATTESSA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2-13	Completezza della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo)	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso	N. totale di prestazioni richieste	N. totale delle prestazioni indicate come primo accesso	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
167	C LISTE DI ATTESSA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2-5	Miglioramento della performance nella compilazione corretta della ricetta per classe di priorità (solo in caso di primo accesso)	Classe di priorità (U,B,D,P)	N. ricete con indicazione della priorità di accesso		>50%	>50%	>50%	>50%	>50%
52.1	C LISTE DI ATTESSA	C.1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESSA	C.1-4	Rispetto TDA / DGR 1/2014 - Gestione delle cronicità	Produzione di reportistica attestante la definizione di soli dedicati nelle agende di oncologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017
52.2	C LISTE DI ATTESSA	C.1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESSA	C.1-4	Rispetto TDA / DGR 1/2014 - Gestione delle cronicità	Produzione di reportistica attestante la definizione di soli dedicati nelle agende di diabetologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017
52.3	C LISTE DI ATTESSA	C.1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESSA	C.1-4	Rispetto TDA / DGR 1/2014 - Gestione delle cronicità	Produzione di reportistica attestante la definizione di soli dedicati nelle agende di nefrologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017

N. Indicari ore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
52,4	C. LISTE DI ATTESA	C.1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C.1.4	Rispetto TDA / DGR 1/2014 - Gestione delle cronicità	Produzione di reportistica attestante la definizione di soli dedicati nelle agende di cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow-up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza/Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Operativa, Emergenza, Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017	Documentazione e inviata entro il 15/01/2017
168	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.7	Ottimizzazione offerta prime visite delle 14 Brancie specialistiche sottoposte a monitoraggio	Numero di agende differenziate attivate per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per le 14 visite specialistiche e per ciascun Distretto	N. strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO che hanno attivato agende differenziate	Totale delle strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per ciascun Distretto	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuna delle 14 visite
169	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.8	Ottimizzazione offerta primi esami diagnostici sottoposti a monitoraggio dal P.N.G.L.A./P.R.G.L.A.	Numero di agende differenziate attivate per stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per 1,29 esami diagnostici sottoposti a monitoraggio e per ciascun Distretto relativamente alle prestazioni ivi gestibili	N. strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO che hanno attivato agende differenziate	Totale delle strutture eroganti per singolo stabilimento del presidio ospedaliero unico di AV o presidio ospedaliero di AO per ciascun Distretto relativamente alle prestazioni ivi gestibili	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	Almeno 1 agenda differenziata attivata per ognuno dei 29 esami diagnostici	
170	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Cardiologia - VISITE ECG dinamico, prova da sforzo, ECO cardiaca			Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	
170	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Diabetologia - VISITE, radiologia, TAC, RMN			Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	
170	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Neurologia - VISITE, ECO addome			Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	
170	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.9	Ottimizzazione offerta: attivazione/completamento delle agende dedicato al follow-up	100% U.O. Neurologia - EFG, EMG-ENG, RMN cervello - tronco encefalico - colonna vertebrale, TAC capo - rachide e spino vertebrale, ECO color Doppler tronchi sovra aortici			Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	Mantenimento Agenda dedicata	
171	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.12	Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie	Ore di utilizzo giornaliera per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature medicali			Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali	Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali	Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali	Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali	
172	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2.10	Ottimizzazione prenotazione prime visite	Numero di case della salute - equipie territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali			Mantenimento di una sede attiva per AV	Mantenimento di una sede attiva per AV	Mantenimento di una sede attiva per AV	Mantenimento di una sede attiva per AV	

N. Indicant ore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
174	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2-11	Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/casme con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato	Valore assoluto prestazioni, prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	totale delle prestazioni presenziali e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni	Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni	Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni	Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni	Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni
175	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2-1	Coerenza con l'evoluzione del sistema ICT regionale e nazionale: Dematerializzazione prestazioni e prenotazioni specialistiche	Numero di prescrizioni e numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prestazioni, prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	totale delle prestazioni presenziali e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	100% ¹	100% ¹	100% ¹	100% ¹	100% ¹
177	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Implementazione dei controlli sulle cartelle cliniche per i ricoveri di riabilitazione sulla base delle indicazioni regionali e aziendali (Decreto n. 12/RAO del 28/04/2016)	Numero di controlli effettuati	Numero controlli previsti da indicazioni regionali ed aziendali	100% dei controlli previsti	100% dei controlli previsti	100% dei controlli previsti	100% dei controlli previsti	100% dei controlli previsti
181	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Applicazione Legge 38/2010	Sussum progetto sull'implementazione Cure Palliative della SLA	Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR anno 31/12/2016		Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016	Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016	Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016	Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016	Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016
178	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.4 MEDICINA LEGALE	D.4-3	Omogeneizzazione del funzionamento delle Commissioni Invalidi Civili	N. di componenti per commissione istituita			N. di componenti per commissione istituita = 3	N. di componenti per commissione istituita = 3	N. di componenti per commissione istituita = 3	N. di componenti per commissione istituita = 3	N. di componenti per commissione istituita = 3
179	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D. ASSISTENZA TERRITORIALE		Implementazione della rete regionale marchigiana dei Centri di Senologia - Breast Unit DGRM 459/2016	N. Breast Unit attivate			Almeno 1 per AV	Almeno 1 per AV	Almeno 1 per AV	Almeno 1 per AV	Almeno 1 per AV
180	F. SRISA FARMACEUTIC A	F.2 FARMACUTICA TERRITORIALE	F.2-6	Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta	Implementazione distribuzione diretta presso le Aziende Ospedaliere tramite integrazione di supporto del Servizio Farmaceutico di AV (solo AV1 e AV2)			incremento almeno pari al 30% nell'ultimo trimestre 2016 rispetto allo stesso periodo 2015	incremento almeno pari al 30% nell'ultimo trimestre 2016 rispetto allo stesso periodo 2015			
182	A. PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-13	Screening neonatali visivo ed oculare	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi	95%	95%	95%	95%	95%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
182	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-13	Screening neonatali visivo ed oculare	% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numeri neonati sottoposti a screening	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numeri neonati sottoposti a screening	95%	95%	95%	95%	95%
183	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3/4/13 e DGR 497 del 10/4/12)	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 B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della popolazione target di fascia ripetitiva come di fascia	>=2015	>= 2015	>= 2015	>= 2015	>= 2015
184	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Personne in età target che seguono nel 2016 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2016	>=2015	>=2015	>=2015	>=2015	>=2015
185	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervicouterina	Personne in età target che seguono nel 2016 il test di screening per cervicouterina	Popolazione target 2016	> 45%	> 45%	> 45%	> 45%	> 45%
186	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione assistenziale avvenuta attivazione di almeno 5 agende differenziate per Az/AV, sottoposte a monitoraggio PNGLA entro il 31/12/2016	Personne in età target che seguono nel 2016 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2016	> 40%	> 40%	> 40%	> 40%	> 40%
187	C. LISTE DI ATTESA	C.2 ATTIVAZIONE DGRM 808	C.2-14	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% della legge "Balduzzi"				Documentazioni e inviata entro il 15/12/2016	Documentazioni e inviata entro il 15/12/2016	Documentazioni e inviata entro il 15/12/2016	Documentazioni e inviata entro il 15/12/2016	Documentazioni e inviata entro il 15/12/2016
188	C. LISTE DI ATTESA	C.1 MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C.1-4	Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA Garantie, entro i tempi previsti, per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor Doppler tronchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	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%	>90%

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numerale	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
189	C LISTE DI ATTESA	C I MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C I-8	Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni: - visita oculistica; visita ortopedica; - visita cardiologica; - visita cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor doppler tonchi sovraortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	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%	>90%
190	C LISTE DI ATTESA	C I MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C I-9	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	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%	>90%
191	C LISTE DI ATTESA	C I MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C I-9	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	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%	>90%
192	C LISTE DI ATTESA	C I MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C I-10	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	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%	>90%
193	C LISTE DI ATTESA	C I MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA	C I-10	Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	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%	>90%
194	D ASSISTENZA TERRITORIALE	D I CASE DELLA SALUTE E CURE INTRAMURARIE	D I-5	Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, delle Attività e Servizi previsti nelle schede degli Ospedali di Comunità secondo gli standard della DGR 139/2016	Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, delle Attività e Servizi previsti nelle schede degli Ospedali di Comunità secondo gli standard della DGR 139/2016			documentazioni e inviate entro il 31/01/2017	documentazioni e inviate entro il 31/01/2017	documentazioni e inviate entro il 31/01/2017	documentazioni e inviate entro il 31/01/2017	documentazioni e inviate entro il 31/01/2017
195	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I RIORDIRNO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I-10	Potenziamento qualità clinica	Appropriata clinico-assistenziale ostetrica	N. Schede di valutazione per taglio cesareo complete	Tracce parti cesarei	100%	100%	100%	100%	100%
196	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I RIORDIRNO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I-10	Potenziamento qualità clinica	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimesse con interventi chirurgici	< 1,30	< 1,30	< 1,30	< 1,30	< 1,30
197	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I RIORDIRNO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I-9	Miglioramento appropriatezza riabilitazione	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RA/O/16 e 12/RA/O/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2015	< Valore 2015	< Valore 2015	< Valore 2015	< Valore 2015
198	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B I RIORDIRNO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B 2-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Proporzione di colicistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 100 interventi annui	Numero ricoveri per colicistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per colicistectomie laparoscopiche	>50% inclusi erogatori privati accreditati	>50% inclusi erogatori privati accreditati	>50% inclusi erogatori privati accreditati	>50% inclusi erogatori privati accreditati	>50% inclusi erogatori privati accreditati

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
199	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.2-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	% pazienti sottoposti ad intervento di colicistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni in regime ordinario	Pazienti con intervento di colicistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colicistectomia laparoscopica	>70%	>70%	>70%	>70%	>70%
200	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.2-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 150 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento onco mammela in reparti con volume di attività > 150 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	>80% Inclusi erogatori privati accreditati	>80% Inclusi erogatori privati accreditati	>80% Inclusi erogatori privati accreditati	>80% Inclusi erogatori privati accreditati	>80% Inclusi erogatori privati accreditati
201	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.2-15	Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui	Numero di ricoveri in reparto del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	100% Inclusi erogatori privati accreditati	100% Inclusi erogatori privati accreditati	100% Inclusi erogatori privati accreditati	100% Inclusi erogatori privati accreditati	100% Inclusi erogatori privati accreditati
202	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3 RIORDINO ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-16	Rendicontazione obiettivi prioritari di rilievo nazionale 2016 (DGR 648/2016)	Produzione di reportistica attestante la presenza di una rendicontazione analitica su ogni singolo progetto.	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione con la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione con la data stabilita	Documentazione e inviata entro il 31/03/2017	Documentazione e inviata entro il 31/03/2017	Documentazione e inviata entro il 31/03/2017	Documentazione e inviata entro il 31/03/2017	Documentazione e inviata entro il 31/03/2017
203	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E.2-15	Demenza/Alzheimer Residenziale	definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting R3D ed R3.1 di cui alla dgr 1331/2014	valutazione costante monitoraggio di tutti i pazienti aderenza ai livelli assistenziali definiti come SRD e SR di cui alla DGR 1331/2012		Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR
204	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	E.2-16	Demenza/Alzheimer Semi Residenziale	definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting SRD ed SR di cui alla dgr 1331/2014	valutazione e costante monitoraggio con il sistema RUG III HC di tutti i pazienti con età ≥ 65 anni in regime di cure domiciliari		Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR
205	D ASSISTENZA TERRITORIALE	D.2 CURE DOMICILIARI	D.2-4	Cure Domiciliari	Percentuale di anziani ≥ 65 anni valutati con il sistema RUG III HC			Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR
206	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.1 PERCORSO SUPERAMENTO ORG	E.1-3	Superamento ORG	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Presca in carico informatizzata da parte del DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria		Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR
207	F SPESA FARMACEUTICA	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-7	Utilizzo farmaci biosimilari	Verifiche sull'uso del biosimiliare nei pazienti naive	N° PT di farmaci biosimilari presenti ai pazienti naive	N° totale di PT prescritti ai pazienti naive	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR	Report da inviare alla Direzione ASUR
208	F SPESA FARMACEUTICA	F.2 FARMACEUTICA TERRITORIALE	F.2-8	Consumo antibiotici sul territorio	DDD/1000 abitanti die	DDD erogate	Popolazione posata x 365 die	<5% rispetto all'anno 2015	<5% rispetto all'anno 2015	<5% rispetto all'anno 2015	<5% rispetto all'anno 2015	<5% rispetto all'anno 2015
209	G FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-6	Completezza Tabella IC bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. IC bis su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. IC bis	Num. Totale strutture private accreditate	100% <5% rispetto all'anno 2015	100% <5% rispetto all'anno 2015	100% <5% rispetto all'anno 2015	100% <5% rispetto all'anno 2015	100% <5% rispetto all'anno 2015

N. Indicatore	AREA	SETTORE	N. Obiettivo	Desc. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	AV1 Valore atteso 2016	AV2 Valore atteso 2016	AV3 Valore atteso 2016	AV4 Valore atteso 2016	AV5 Valore atteso 2016
210	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-3	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale	Registrazione schede cause di morte anno 2014	Numero schede cause di morte registrate anno 2014	Numero totale schede cause di morte anno 2014	100%	100%	100%	100%	100%
211	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-7	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi ricevuto trimestralmente		<= 0 ultimo trimestre	<= 0 ultimo trimestre	<= 0 ultimo trimestre	<= 0 ultimo trimestre	<= 0 ultimo trimestre
212	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1 FLUSSI INFORMATIVI	G.1-8	Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piataforma	N.ro complessive fatture	60%	60%	60%	60%	60%
213	E. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E3 DISGRADUALANZE	E.3-4	Attuazione DGR 857/2015	Indicatori di cui ai punti d), e), f), g), h), j), k) art. 5 e allegato D) DGR 857/2015			Relazione su stato attuazione d), e), f), g), h), j), k) art. 5 e allegato D) entro il 15/12/16	Relazione su stato attuazione d), e), f), g), h), j), k) art. 5 e allegato D) entro il 15/12/16	Relazione su stato attuazione d), e), f), g), h), j), k) art. 5 e allegato D) entro il 15/12/16	Relazione su stato attuazione d), e), f), g), h), j), k) art. 5 e allegato D) entro il 15/12/16	Relazione su stato attuazione d), e), f), g), h), j), k) art. 5 e allegato D) entro il 15/12/16
214	D. ASSISTENZA TERRITORIALE	D.3 D.3 RACCOLTA PLASMA	D.3-1	Avvio procedure per ampliamento attività di raccolta sangue plasma con associazionismo dei donatori volontari di sangue entro 31.1.2016	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione contro la donata subitanea		Relazione sullo stato di attuazione	Relazione di AV sullo stato di attuazione	Relazione di AV sullo stato di attuazione	Relazione di AV sullo stato di attuazione	Relazione di AV sullo stato di attuazione	Relazione di AV sullo stato di attuazione
215	A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	A.1 PREVENZIONE	A.1-11	Attuazione DGR 540/2015 (PRP 2014-2018)	Attuazione DGR n. 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014-2016)	Formalizzazione piano attuativo programmi I - 4 PRP in ciascuna AV per l'anno 2017		approvazione atti di Arca Vasta	approvazione atti di Arca Vasta	approvazione atti di Arca Vasta	approvazione atti di Arca Vasta	approvazione atti di Arca Vasta