

OBIETTIVI SANITARI

PRE-REQUISITI

Codice NSG	Prog.	PRE-REQUISITI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
			DGR 248/2018 (Decreto Ministero della Salute n. 262 del 07.12.2016 ) + Analisi di coerenza dei Flussi informativo con i Modelli Ministeriali	Flusso FAR: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Obiettivo raggiunto al 100%
				Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sul totale utenti (cut-off 80/120%)	Totale Utenti Flusso FAR	Totale utenti modello STS24	Rapporto tra Utenti FAR e utenti STS24 deve essere compreso in un range ± 20%	Obiettivo raggiunto al 100%. La percentuale 2023 è pari a 90%
				Flusso FAR: presenza a flusso del privato convenzionato	Totale strutture private convenzionate presenti nel flusso FAR con attività	Totale strutture private convenzionate presenti nel modello STS11 con setting "Assistenza Anziani"	Rapporto flusso FAR e Modello STS11 privato convenzionato con setting "Assistenza Anziani" deve essere compreso in un range ± 20%	
				Flusso FAR: rispetto coerenza con il modello STS24 sui nuovi ammessi (cut-off 80/120%)	Nuovi Ammessi Flusso FAR	Nuovi Ammessi modello STS24	Rapporto tra Nuovi Ammessi FAR e Nuovi Ammessi modello STS24 deve essere compreso in un range ± 20%	Obiettivo raggiunto al 100%. La percentuale 2023 è pari a 88%
				Flusso SIAD: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Obiettivo raggiunto al 100%
				SIAD: % Prese in Carico (PIC) con valutazioni/rivalutazioni (se presenti) effettuate nei 90 giorni previsti sul totale delle Prese In Carico (PIC) - Target >=80%	Totale Prese in carico (PIC) con valutazione/rivalutazione effettuata nei 90 giorni previsti	Totale Prese in carico (PIC) con prima valutazione	≥ 80%	46,1
				Flusso HOSPICE: rispetto tempistica invio (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	Obiettivo raggiunto al 100%
				Flusso SIND: rispetto tempistica invio (Annuale)			Alimentazione completa con dati Annuali	Obiettivo raggiunto al 100% (rispetto tempistica . i dati sono stati implementati nel sistema Ippocrate)
				Flusso SIND: Rispetto coerenza utenti con anno precedente (cut-off >=90%)	Totale utenti SIND anno 2022	Totale utenti SIND anno 2021	≥ 90%	Obiettivo raggiunto al 100%



			PNRR: Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - linea M6C211.3.2	Flusso informativo sanitario del Consultorio (SICOF) (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	target 2023 diverso
				Flusso Informativo sanitario di Riabilitazione (SIAR) (Trimestrale)			Alimentazione completa con dati per Trimestre	
		Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi	Invio settimanale dati posti letto e ricoveri				100%	Obiettivo raggiunto al 100%.
			Invio trimestrale Anagrafe Vaccinale (percorso Vaccinale e percorso vaccinale Covid-19)	Rispetto invio flussi <b>Trimestrali</b> (Anagrafe Vaccinale - Percorso vaccinazione Covid-19 e percorso No-Covid-19)			Alimentazione AVN (Trimestrale) e alimentazione Giornaliera AVC	Obiettivo raggiunto al 100%.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"									
Codice NSG	Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
			incrementare l'attività di prevenzione	modello LA	totale costo "prevenzione collettiva e sanità pubblica" 2025>costo 2024			>2024	
	1	2	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: ≥ 93% (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 94% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo raggiunto al 100%. (dato 2023 pari a 95%)
	2	3	Copertura vaccinale	Anagrafe vaccinale informatizzata (NSG - Core)	Copertura vaccinale aggiustata nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	n. di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR	n. di soggetti della rispettiva coorte di nascita – Non rintracciabili (Trasferiti in altra ASL/Estero, non rintracciabili perché nomadi o senza fissa dimora, non rintracciabili nonostante indirizzo conosciuto)	Obiettivo minimo: ≥90% in tutti i Distretti della AST (= assegnazione 50% del punteggio) ; ≥ 92% (= assegnazione 75% del punteggio). Valore ottimale ≥ 95% (= assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo raggiunto al 100%. (Dato 2023 pari a 94%)

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - INDICATORI NSG "CORE"								
Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
3	4	Rispetto LEA per Screening Oncologici	Dati ONS (GISMA, GISCI, GISCOR) (NSG, IQE)	% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della mammella	Persone in età target che eseguono nel 2025 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2025	Obiettivo minimo: Per la fascia d'età 50-69 anni mantenimento (tolleranza -5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >60% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo raggiunto.( Dato 2023 55,2%)
4	5			% persone effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro della cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2025 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2025	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%)/superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo raggiunto al 100%- dato 2023 53,9%
5	6			% persone che effettuano il test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cancro del colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2025 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2025	Obiettivo minimo: mantenimento (tolleranza -5%) /superamento del valore dello scorso anno (=assegnazione 75% del punteggio) . Valore ottimale >50% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo raggiunto al 100%- dato 2023 57,3%

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA - ALTRI INDICATORI

Codice NSG	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
	6	7	PanFlu	Relazione Enti sulle riunioni dei Comitati Pandemici con evidenza di implementazione delle azioni previste in fase inter pandemica	N. riunioni Comitati Pandemici	N. riunioni dei Comitati Pandemici con verbali che evidenzino l'implementazione delle azioni previste in fase inter pandemica		Almeno 2 riunioni	target 2023 diverso
	7	8		Atti Enti	Revisione Piano Pandemico Aziendale/Terroriale secondo le indicazioni regionali/nazionali	Revisione Piano Pandemico		Approvazione e trasmissione atto	target 2023 diverso
	8	9	Copertura vaccinale	Piattaforma FLUFF [ISS], ISTAT (NSG)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	n. di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per antinfluenzale	Popolazione >= 65 anni residente	Obiettivo minimo >= 55% (=assegnazione 50% del punteggio). Obiettivo ottimale >=75% (=assegnazione 100% del punteggio)	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 61,5%)
	9	10	Prevenzione, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro	Flussi informativi INAIL, dati AASSTT (SPSAL)	Percentuale di aziende controllate e/o assistite con o senza sopralluogo sul totale da controllare / assistere	n. Aziende controllate e /o assistite	n. aziende con almeno 1 dipendente	>= 5%	Obiettivo raggiunto ( dato 2023 5,1%)
	10	11	Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale e delle sezioni Regionali dcei Registri Tumori di cui all'art. 244 del D. Lgs. 81/2008	Archivi Anatomie patologiche	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale (anno 2024)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno 2024)	Dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno 2024)	100%	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 100%)
	11	12		Registro Regionale delle Cause di Morte	Registrazione e controllo di qualità delle schede cause di morte anno 2023	n. schede cause di morte registrate e controllate per la qualità anno 2023	n. totale schede cause di morte anno 2023	100%	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 100%)
	12	13	Sicurezza dei prodotti chimici: controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP)	Rilevazione ad Hoc	% imprese controllate su imprese programmate	n. imprese controllate	n. imprese programmate	>=95%	Obiettivo raggiunto.(Dato 2023 100%)
	13	14	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	Atti Enti (AASSTT)	Numero riunioni del gruppo di coordinamento Piano Integrato Locale	Numero riunioni effettuate		>=3	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 n.ro 3)
	14	15	Partecipazione al Programma PP03 Luoghi di Lavoro che promuovono salute del PRP 2020-2025	Enti del SSR	Adesione al PP03	Adesione formale al PP03 (Protocollo d'Intesa approvato con DGR)		Adesione al Protocollo d'Intesa	
	15	16	Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 (DGR 1640/2021)	ARS/Regione	%Indicatori certificativi raggiunti per anno 2025 (dato regionale)	n. Indicatori PRP per anno 2025 raggiunti	n. Indicatori PRP per anno 2025	>= 80%	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 100%)

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - INDICATORI NSG "CORE"									
Codice NSG	Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
P010Z - C	16	17	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	VETINFO (Codice NSG P10Z)	% stabilimenti ovi-caprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti ovi-caprini controllati I&R	n. totale stabilimenti ovi-caprini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2024	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 3,13%)
P010Z - C	17	18			% stabilimenti suini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli stabilimenti)	n. stabilimenti suini controllati I&R	n. totale stabilimenti suini da controllare	1% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2024	Obiettivo raggiunto.(Dato 2023 1,08%)
P010Z - C	18	19			% stabilimenti bovini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti bovini controllati I&R	n. totale stabilimenti bovini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2024	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 (4,05%)
P010Z - C	19	20			% stabilimenti equini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% degli stabilimenti)	n. stabilimenti equini controllati I&R	n. totale stabilimenti equini da controllare	3% stabilimenti aperti in BDN al 31/12/2024	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 (5,23%)
P010Z - C	20	21			% apiari controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (1% degli apiari)	n. apiari controllati I&R	n. totale apiari da controllare	1% apiari aperti in BDN al 31/12/2024	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 (1,12%)
P010Z - C	21	22	FARMACO SORVEGLIANZA-attività di ispezione e verifica art. 88 D.Lgs n.193/2006. Nota DGSFAF n.1466 del 26/01/2012; DM 14/05/2009 e nota DGSFAF n.13986 del 15/07/2013	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	Attività svolta sul totale degli operatori controllabili in base all'art.68 comma 3, art.71 comma 3, art.70 comma 1, artt. 79-80-81-82-84-85 del D.Lgs n.193/2006	n. totale degli operatori controllati	n. totale degli operatori controllabili	≥ 90% degli operatori da controllare in relazione alle frequenze stabilite	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 95%
P010Z - C	22	23	Piano Nazionale Alimentazione animale	SIVA DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P10Z)	% campionamenti eseguiti sul totale degli attesi	n. campionamenti e analisi svolte	n. campionamenti e analisi programmati	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P12Z - C	23	24	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	SIVA DATAFARM - VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% 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	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P12Z - C	24	25	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci,sostanze illecite e contaminanti e loro residui negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	SIVA-VETINFO (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	n.Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P12Z - C	25	26	ADDITIVI ALIMENTARI (Piano nazionale controllo additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari)	SIVA DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P12Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNCAA	n. Campioni effettuati per il PNCAA	Totale campioni previsti dal PNCAA	100% in tutte le categorie previste	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI

Codice NSG	Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
P09Z	26	27	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti bovini controllati per TBC	Stabilimenti bovini da controllare per TBC	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P09Z	27	28			% stabilimenti controllati sugli stabilimenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Stabilimenti delle tre specie controllati per BRC	Stabilimenti delle tre specie da controllare per BRC	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P09Z	28	29	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	n. di bovini morti testati per BSE	n. totale dei bovini morti in età campionabile	≥ 85%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 88,52%
P09Z	29	30			% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per gli ovini (DDSPVSA n. 8/2023)	n. capi ovini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	n. minimo dei capi ovini previsti annualmente dal Ministero della salute	100% del valore atteso	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P09Z	31	31			% di capi caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per i caprini (DDSPVSA n. 8/2023)	n. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	n. totale dei caprini morti in età campionabile	100% del valore atteso	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
	32	32	SALMONELLOSI ZOOTOTICHE - Reg. 2160/2003 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN	VETINFO (Codice NSG P09Z)	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P011Z	33	33	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	DATAFARM-VETINFO (Codice NSG P11Z)	% controllo per benessere in allevamenti di vitelli, suini, ovaiole e polli da carne	n. controlli effettuati per ciascuna specie in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima specie	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P011Z	34	34			% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"	n. controlli effettuati su "altri bovini" in attuazione del PNBA	% di allevamenti controllabili per la medesima categoria	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P011Z	35	35			% controlli per benessere negli impianti di macellazione	n. controlli per il rispetto del benessere negli impianti di macellazione (Regolamento 1099/2009)	% di stabilimenti controllabili in attuazione del medesimo Piano	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI									
Codice NSG	Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
P13Z	36	36	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI-attuazione Accordo Stato-Regioni del 10 novembre 2016,rep212,concernente Linee guida controllo ufficiale ai sensi Reg. 882/04 e 854/04, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale(nota DGSAN n.15168 del 14/4/2017. Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione"e"distribuzione"	VETINFO (Codice NSG P13Z)	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	n. campionamenti effettuati negli esercizi di produzione e distribuzione	n. totale di campionamenti programmati negli esercizi di produzione e distribuzione	100% in ciascuna matrice alimentare	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P13Z	37	37	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti geneticamente modificati.	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	Corretto rapporto del campionamento previsto dall'allegato al Piano OGM, riferito alle materie prime e agli intermedi di lavorazione	n. campioni eseguiti	n. totale campioni previsti dal Piano OGM	> 60% dei campioni è dedicato a materie prime e intermedi di lavorazione	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 75% N.3 campioni su N. 4 totali erano materie prime ed intermedi lavorazione
P13Z	38	38	AUDIT SU OSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 625/2017 e Reg. 627/2019- DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	DATAFARM (Codice NSG P13Z)	% di audit sugli stabilimenti riconosciuti di cui al DDPFVSA n.49 del 20/03/2017	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		100% del numero minimo di audit che sarebbe necessario eseguire se tutti gli stabilimenti fossero classificati a "basso rischio", per ciascuna tipologia di cui al DDPFVSA	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
P13Z	39	39	RADIAZIONI IONIZZANTI D.Lgs 30 gennaio 2001, n. 94 – Attuazione delle direttive 1999/2/CE e 1999/3/CE; (PAMA)	DATAFARM-VETINFO - NSIS (Codice NSG P13Z)	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti	N. campionamenti ed analisi eseguiti	N. totale campioni ed analisi previsti	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%

AREA PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE - ALTRI INDICATORI									
Codice NSG	Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
	40	40	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 627/2019	DATAFARM-VETINFO (NSG)	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%	100%
	41	41	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg.178/2002, all.2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	AASSTT-Rilevazione ad hoc	Atti formali relativi all'attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuali di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna AST, entro il 31 dic 2024		Report interdisciplinare di AST dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100% articolo pubblicato il 22.12.23
	42	42	PIANO NAZIONALE MICOTOSSINE 2016-2018-Controllo ufficiale delle micotossine in alimenti. Nota DGSAN n.14944 del 14/4/2016 (PAMA 2018)	SIVA DATAFARM-VETINFO (NSG)	Volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal Piano Nazionale Micotossine in Alimenti (PNMA)	n. totale campionamenti effettuati	n. totale campionamenti previsti	100%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 100%
	43	43	CONTROLLI BIOSICUREZZA STABILIMENTI SUINI	VETINFO	% Stabilimenti suinicoli controllati sul totale dei controlli previsti per biosicurezza (1% degli stabilimenti e 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi)	n. stabilimenti suinicoli controllati per biosicurezza	n. totale allevamenti suinicoli	1% degli stabilimenti a cui aggiungere il 33% stabilimenti semibradi commerciali aperti con capi	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 3%
	44	44	QUALIFICHE SANITARIE (Art. 2, O.M. 28 maggio 2015 e s.m.i.)	VETINFO	Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi bovina			SI	target 2023 diverso
					Mantenimento qualifica di provincia indenne per Brucellosi ovi-caprina			SI	
					Mantenimento qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			SI	
					Acquisizione qualifica di provincia indenne per tubercolosi bovina			-	
					Mantenimento qualifica di provincia indenne per leucosi bovina enzootica			SI	
	45	45	PSA - PRIU	Relazione annuale di Servizio da inviare al Settore PVSA entro il 31.01.2026	n. di carcasse suine esaminate negli stabilimenti suini con capacità fino a 50 capi e/o allevamenti siti nelle zone a maggior rischio come indicato nella valutazione del rischio allegata al PRIU			≥ 10	

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

Codice NSG	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
D22Z - C	46		Assistenza domiciliare	Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 1 (0,14 - 0,30)		> 4,00 x 1000 ab.	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 8,51
D22Z - C	47			Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 2 (0,31 - 0,50)		> 2,50 x 1000 ab.	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 5,28
D22Z - C	48			Flusso SIAD (NSG, IQE)	Tasso di assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3	n. assistiti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura con CIA 3 (> 0,50)		> 2,00 x 1000 ab. (Tolleranza 20%)	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 0,4
D33Z-Res - C	49		Assistenza residenziale	Flusso FAR (NSG, IQE)	N. residenti anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale	n. di anziani (età ≥ 75 anni) non autosufficienti residenti presenti nelle strutture residenziali, per le tipologie di trattamento R1, R2, R2D, R3		> 41 x 1.000 ab. ≥ 75 aa	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 49
D30Z - C	50		Potenziamento della Rete delle Cure Palliative	Flusso SIAD, Flusso HOSPICE, ISTAT – dati di mortalità e mortalità per causa (NSG, IQE)	% Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale dei deceduti per tumore	∑ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore + ∑ Assistiti in cure domiciliari con assistenza conclusa per decesso e con diagnosi di patologia corrispondente a tumore	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	> 35% (Tolleranza 25%)	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 40%
D27C - C	51		Efficacia della presa in carico territoriale dei pazienti con patologia psichiatrica	Flusso SDO (NSG)	% Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	Totale ricoveri in psichiatria per pazienti residenti di età ≥ 18 anni	≤5.0	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 0,03
D10Z - C	52		OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	<b>Questionario LEA:</b> garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	n. totale di prestazioni per classe di priorità B (esclusi i periodi di eventuale sospensione delle attività)	>90%	Risultato raggiunto al 83,1%. Per quanto riguarda la minima distanza dal raggiungimento del target posto si segnala che il parziale raggiungimento dell'obiettivo è da imputare a modifiche attuate alla visibilità delle agende a cup, con apertura delle stesse 365 giorni prima della data dell'appuntamento, indipendentemente dalla classe di priorità. Tale scelta ha comportato pertanto lo sfioramento dei tempi di attesa di tutte le prestazioni di

ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI									
Codice NSG	ù		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
D11Z	53		Ottimizzazione offerta ambulatoriale	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	n. prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	n. totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	Risultato raggiunto al 84,7%. Per quanto riguarda la minima distanza dal raggiungimento del target, si segnala che parziale raggiungimento dell'obiettivo è da imputare a modifiche attuate alla visibilità delle agende a cup, con apertura delle stesse 365 giorni prima della data dell'appuntamento. indipendentemente
	54			Completezza della compilazione della ricetta per tipologia accesso/classe priorità per le prestazioni previste dal PNGLA	n. delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia accesso/classe priorità	n. totale delle richieste di prestazioni	>90%	Obiettivo raggiunto. (Dato 2023 99,7% calcolato considerando i primi accessi ; al numeratore totale codici priorità, escluso Z, al denominatore totale prestazioni)	
	55			Rilevazione ad hoc	Aumento delle prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate alle aziende	(n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2025) - (n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2024)	(n. prenotazioni sulle agende già esistenti di presa in carico riservate all'Azienda 2023)	>10%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 Aumento del +12,1% Fonte Dashboard Regionale
	56			Rilevazione ad hoc	Inserimento nelle liste di garanzia di tutti i pazienti che ne hanno diritto, con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento, inseriti nelle liste di garanzia con verifica del numero di telefono dell'utente	Utenti che hanno diritto ad essere inseriti nelle liste di presa in carico e che non hanno rifiutato espressamente tale inserimento	>99%	Obiettivo raggiunto al 100%. Dato rilevato pari a 99,7%.
	57			Rilevazione ad hoc	Predisposizione di piani di committenza per prestazioni specialistiche ambulatoriali, inclusive delle prestazioni di cui al PNGLA, relativi all'attività erogabile dalle strutture private convenzionate	Produzione reportistica da inviare entro la data stabilita al Settore "Territorio e Integrazione Socio sanitaria", attestante la predisposizione di piani di committenza per prestazioni		Reportistica inviata entro il 31/01/2026	Nel corso del 2023 si sono svolte le seguenti attività finalizzate alla definizione dei piani di committenza (provvisori) con le strutture private accreditate anno 2023. A marzo e a luglio 2023 sono stati
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - ALTRI INDICATORI									
	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
	58		Attività legate all'attuazione del PNRR	Rilevazione ad hoc	Definizione dei modelli assistenziali per le strutture di prossimità (CdC, OdC, COT) aziendali previste dalla DGR 559/2022 secondo gli standard del DM 77/2022	Produzione documento attestante i modelli assistenziali secondo gli standard del DM 77/2022		Reportistica inviata entro il 31/01/2026	Obiettivo raggiunto al 100%. Il documento è stato inviato alla Regione Marche con nota prot. n. 0005954 del 30/01/2024
	59		Miglioramento dell'attività di raccolta di sangue del cordone ombelicale (SCO) - Indicatori Ministeriali CNT e CNS-	Report per la Regione Marche della Banca del Cordone Ombelicale di Pescara (PeCBB)	Indice di Raccolta per punto nascita	n. Raccolte SCO	n. Parti	≥5%	
	60				Numero di Unità Bancate per punto nascita	Numero di Unità Bancate		≥2 unità	
	61		Recupero e miglioramento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e screening DGR 504 del 03.04.2024		Utilizzo delle risorse	Risorse definite con atto dedicato 2025	Risorse utilizzate al 31.12.2025	1	Obiettivo raggiunto al 100%, come risulta dal Bilancio di esercizio 2023
	62				Report sull'utilizzo delle risorse	Trasmissione mensile report previsti dagli atti 2025		100%	Obiettivo raggiunto al 100%. La trasmissione dei report mensili è stata completa e tempestiva

63		Effettuazione visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica ai sensi della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"	reportistica mensile	Effettuazione di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica	Offerta attività ambulatoriale di visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica		Reportistica mensile: n. visite effettuate nei giorni di sabato e domenica mese di ottobre novembre dicembre	
64		Partecipazione alle attività UCGLA come previsto dalla DGR n. 1490 del 7 ottobre 2024 "DGR 1441 del 30 Settembre 2024 "Legge n. 107, del 29 luglio 2024, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Istituzione Unità Centrale di Gestione dell'Assistenza Sanitaria dei tempi e delle liste di attesa (UCGLA)". Rettifica e sostituzione dell'allegato A"	verbali delle riunioni	partecipazione alle attività UCGLA come da DGR n. 1490 del 7 ottobre 2024	Numero riunioni partecipate	totale riunioni convocate	100%	

AREA ACCREDITAMENTI								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
65		Presentazione degli esiti delle verifiche di sicurezza sismica delle strutture sanitarie e sociosanitarie		evidenza degli esiti delle verifiche (indice di sicurezza sismica e vita residua) entro il 31 dicembre 2025			valutazione di sicurezza (indice di rischio, vita residua, eventuale programma degli interventi) per tutte le strutture ospedaliere ed extraospedaliere	
66		Adeguamento delle strutture ai manuali autorizzativi, con particolare riferimento alla protezione antisismica ed antincendio, ed alle aree di degenza ospedaliera		Per le strutture ricadenti nell'elenco delle attività soggette di cui all'Allegato 1 del D. Lgs. 151/2001 l'attuazione di tutti gli interventi necessari al rispetto della vigente normativa in materia di prevenzione incendi, garantendo la realizzazione di tutti i lavori e gli adempimenti programmati negli step di legge con la conclusione dell'iter di adeguamento entro il 24 aprile 2027, così come prorogato dal D.L. 29 dicembre 2022, n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14.			Presentazione del cronoprogramma pluriennale degli interventi e del relativo piano economico	
				Presentazione della richiesta di Autorizzazione all'esercizio di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie entro il 31/12/2025, con eventuali cronoprogrammi in deroga alla scadenza indicata, ad esclusione dei requisiti di sicurezza (non derogabili).			Presentazione della richiesta AUT2 entro il 31/12/2025	
SISTEMA INTEGRATO DELLE EMERGENZE								
Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
67		Efficienza Rete Emergenza - Urgenza	Flusso EMUR/118 (NSG, IQE)	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra ricezione chiamata da parte della centrale operativa e arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno		≤ 18 minuti	

**AREA OSPEDALIERA - INDICATORI NSG "CORE"**

	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
H04Z	68		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17; IQE)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,10	Obiettivo raggiunto. Valore 2023 0,079
H13C	69		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG/IQE)	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore operati entro 48 ore	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale e secondaria di frattura del collo del femore	≥ 2024	Obiettivo raggiunto. 85,44% 2023 vs 81% 2022
H05Z	70		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	≥ 90%	Obiettivo raggiunto 87% 2023 vs 77,2% 2022
H17C	71		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤ 20%	Obiettivo raggiunto 21,7% 2023 vs 24,3% 2022
	72		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% parti cesarei primari sul totale dei parti nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	NO	
	73		"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	≥ 98%	Obiettivo raggiunto. Valore 2023 100%
H18C	74		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	% nuovo intervento di resezione entro 120 gg da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	N° ricoveri con un nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da intervento chirurgico per un tumore maligno della mammella	N° ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	≤ 2%	Target 2023 >=2022; obiettivo raggiunto al 100%
	75		Appropriatezza ed efficacia	Flusso SDO (NSG) Anagrafe tributaria	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il pz risultati deceduto entro 30 giorni dalla data di ricovero	N° ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico	≤ 8%	
H02Z	76		Rete trapianti (Legge 91/1999)	Sistema Informativo Trapianti (SIT)	Capacità organizzativa percorso donazione	N° donatori utilizzati		≥ 2024	

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI

	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
H06Z	77		Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti	n. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti adulti residenti 2024		≤2024	Obiettivo raggiunto. Nro 9 anno 2022 vs nro 4 anno 2023
H07Z	78			Flusso SDO (NSG)	Riduzione n. accessi in DH medico per pazienti adulti residenti	n. Accessi in DH medico per pazienti adulti residenti 2025		≤ 20% valore 2024	Obiettivo raggiunto. Nro 21.510 anno 2022 vs nro 19.989 anno 2023 (residenti regione Marche)
IQE	79			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 2024	Obiettivo raggiunto . Anno 2023 0,76 vs 0,84 anno 2022
IQE	80			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza) - (esclusi ricoveri urgenti)	n. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	n. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatazza)	≥ 2024	Obiettivo raggiunto. 41% anno 2023 (vs 35,5 % anno 2022)
IQE	81			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% DRG Medici da reparti chirurgici * - * (esclusi dimessi da Cardiocirurgia Pediatrica (Cod. 06) e Nefrologia - Tr. Rene (Cod. 48))- (esclusi ricoveri urgenti)	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	≤ 2024	Obiettivo raggiunto. Dato 3,7% anno 2023 vs 4,3% anno 2022
IQE	82			Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012) IQE	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 10% valore 2024	Valore 3,8% anno 2023 vs 3,6% anno 2022- pari al 5,5%: l'obiettivo può ritenersi raggiunto. Il valore relativo al 2023 è stato condizionato da una casistica incrementale ( +29 dimessi oltresoglia su un totale di 332, pari al 8,9%) legata ai DRG M87 - edema polmonare- e M127 - insufficienza cardiaca-, patologie particolarmente complesse e solitamente accompagnate da comorbilità, che possono richiedere la permanenza del
H03C	83			Flusso SDO (NSG)	Percentuale parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero parti fortemente pre-termine (22-31 settimane) avvenuti in punti nascita	≤ 1	Obiettivo raggiunto totale AST 2023 n.ro 4 (totale AST 2022 n.ro 3)

AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI									
	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
PNGLA	84		Recupero dei tempi di attesa interventi chirurgici classe di priorità A	Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	n. prestazioni classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata	≥ 90%	50%
PNGLA	85			Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	n. prestazioni erogate per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone	≥ 90%	
PNGLA	86			Piano Nazionale Governo Liste di Attesa 2019-2021	% prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	n. prestazioni erogate nel rispetto tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	n. prestazioni erogate per classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero	≥ 90%	64,40%
	87		Emergenza-urgenza Pronto soccorso	Accordo Stato-Regioni n. 143 del 01.08.2019	% pazienti codice arancione (2 = urgenza) visitati entro 15 minuti	n. pazienti codice arancione visitati entro 15 minuti	n. totale pazienti codice arancione	≥ 80%	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 66,2% 2022 56,5% (scostam +17,3%)
	88				% pazienti codice azzurro (3 = urgenza differibile) visitati entro 60 minuti	n. pazienti codice azzurro visitati entro 60 minuti	n. totale pazienti codice azzurro	≥ 80%	Obiettivo raggiunto. 2023 76,4% 2022 66,9% (Scostam +14,3%)
	89				% pazienti codice verde (4 = urgenza minore) visitati entro 120 minuti	n. pazienti codice verde visitati entro 120 minuti	n. totale pazienti codice verde	≥ 75%	Obiettivo raggiunto, 2023 83,5%
	90				% pazienti codice bianco (5 = non urgenza) visitati entro 240 minuti	n. pazienti codice bianco visitati entro 240 minuti	n. pazienti codice bianco	≥ 75%	Dato 2023 67,3%
	91				% abbandoni PS	n. pazienti con esito 5-6-7	n. totale pazienti	≤ 2024	Dato 2023 2,2% anno 2022 2,1%
AREA OSPEDALIERA - ALTRI INDICATORI									
	Prog.		OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
	92		Rete trapianti	Report Centro Regionale Trapianti (SIT)	n. accertamenti morte cerebrale/ n. cerebrolesi deceduti in T.I. + DCD			≥ 2024	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 59%; dato 2022 50%
	93				N° donatori di cornee			≥ 2024	Obiettivo raggiunto. Dato 2023 n.50 ; dato 2022 n.40
	94				n. donatori multitecso procurati			≥ 2024	Obiettivo raggiunto. Non ci sono casi nel 2023 e non vi sono stati nel 2022
	95			Accordo Stato-Regioni n. 149 del 04.08.2021	n. coppie avviate allo studio per la donazione rene da vivente			≥ 2024	Dato 2023 n.8 coppie avviate di cui 4 risultate non compatibili; dato 2022 n. 7 coppie
	96			Accordo Stato-Regioni n. 225 del 14.12.2017	Costituzione del Comitato aziendale ospedaliero per la donazione di organi e tessuti	Realizzazione di almeno 2 incontri del Comitato		invio verbale entro il 15/03/2026	

	97				Formalizzazione delle Procedure Operative aziendali relative al processo di donazione cornee	Predisposizione documento e recepimento formale		invio atto entro il 15/03/2026	Obiettivo raggiunto. Tutte le procedure sono Predisposte e pubblicate su intranet (POdmprF002_ORG "PROCEDURA OPERATIVA PRELIEVO MULTIORGANO" e IOdmprT006_ORG "GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL PRELIEVO
	98	Autosufficienza di emoderivati ed emocomponenti driver (DM 20/6/24)	Flusso SISTRA	Variazione % rapporto tra Kg di plasma da destinare alla lavorazione industriale e Kg di plasma programmati	Kg di plasma destinati alla lavorazione industriale	Kg di plasma programmati DIRMT	≥ 98%		
	99		Flusso SISTRA	Variazione % rapporto tra n. unità GR prodotti e n. Unità GR programmate	n. unità GR prodotti	n. Unità GR programmate DIRMT	≥98%		

AREA DIREZIONE SANITA' E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA								
Prog.	DGRM 1703/2024	OBIETTIVI	FONTE	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	TARGET AST PESARO URBINO	Dato consuntivo 2023
100	101	TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio		Diminuzione del 2% rispetto al 2024	n. TSO a Residenti Maggiorenni	10.000 abitanti * * Come indicato nel Rapporto Salute Mentale anno 2022 edito nel giugno 2023 dal Ministero della Salute, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica Ufficio di Statistica - Direzione generale della prevenzione sanitaria.	- 2% rispetto ai TSO 2024	Traget 2023 >3% rispetto 2022, Obiettivo raggiunto al 100%
101	102	Atti contenitivi		Diminuzione del 2% rispetto al 2024	N. atti contenitivi a residenti maggiorenni		- 2% rispetto agli atti contenitivi 2024	