



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X Legislatura

Proposta n. 213 / 2019

PUNTO 45 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 08/03/2019

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 248 / DGR del 08/03/2019

OGGETTO:

Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente	
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente	
Assessori	Giuseppe Pan	Presente	
	Roberto Marcato	Presente	
	Gianpaolo E. Bottacin	Presente	
	Manuela Lanzarin	Presente	
	Elena Donazzan	Assente	
	Federico Caner	Presente	
	Elisa De Berti	Presente	
	Cristiano Corazzari	Presente	
	Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.





OGGETTO: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Il presente provvedimento individua le aree funzionali e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019, con i relativi pesi, assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR.

Il relatore riferisce quanto segue.

L'articolo 2, c. 2, del D.Lgs. n. 171/2016 prevede che le Regioni all'atto della nomina di ciascun direttore generale, definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

La L.R. 56/1994, all'art. 13, c. 8 *quinquies*, prevede che i direttori generali siano soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale e in relazione all'Azienda/Istituto specificamente gestito.

La DGR n. 693 del 14/5/2013 ha determinato la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS e Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV) e le modalità di raccordo di tali determinazioni; a seguito di quanto disposto dal comma 1 dell'articolo 17 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, la DGR n. 2172 del 23/12/2016 ha riformulato, a norma dei commi 8 *sexies*, 8 *septies* e 8 *octies* dell'art. 13 della L.R. 56/1994 e ss.mm.ii., la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS e Ospedaliere e dell'IRCCS IOV a partire dall'anno 2017.

Si dispone che il peso degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali per la parte di competenza della Giunta, pari al 60% per le Aziende ULSS e all'80% per le Aziende Ospedaliere e lo IOV, così come determinato dalla sopra citata DGR 2172 del 2016, sia distribuito nelle seguenti aree funzionali:

- Prevenzione (solamente per le Aziende ULSS);
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera;
- Processi di supporto.

Si conferma che ognuno dei tre soggetti coinvolti nel processo di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR opera in autonomia per tutti gli aspetti attinenti alla definizione degli indicatori e alla conseguente raccolta ed elaborazione dei dati e che l'Area Sanità e Sociale viene incaricata di operare il necessario raccordo.

Gli obiettivi e gli indicatori da utilizzare nell'ambito della procedura di valutazione da effettuare da parte della Giunta Regionale sono rappresentati in dettaglio negli **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L** alla presente deliberazione.

Dato atto che il contratto sottoscritto tra ogni Direttore Generale e la Regione del Veneto, in conformità a quanto stabilito dalla DGR 2050/2015, prevede, all'art. 9, lett. f), come causa di decadenza dall'incarico, il caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'Azienda sanitaria ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera d), della L. 289/2002, si ritiene che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato



costituisca prerequisito all'accesso al sistema premiante, ferme restando le motivazioni che determinano la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale.

Considerato che, nel sopracitato contratto, all'art. 8, lett. d), si prevede quale causa di risoluzione del contratto il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, ai sensi dell'art. 3, c. 8, dell'Intesa del 23/3/2005 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, si propone che il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi rappresenti un prerequisito al calcolo e alla valorizzazione degli specifici indicatori di riferimento. Per i flussi residuali viene prevista una penalizzazione fino a un massimo di 5 punti nel caso in cui non vengano garantiti il mantenimento dei contenuti e della tempistica previsti, come specificamente disposto negli **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L** alla presente deliberazione.

L'art. 2, c. 2, del D.Lgs. 171/2016 richiede che all'atto della nomina di ciascun direttore generale le Regioni definiscano e assegnino anche obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico.

L'art. 1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, dispone che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento". Tale norma indica inoltre le quote di indennità di risultato riconosciute a seconda dell'ammontare dei ritardi registrati.

Il comma 3 dell'art. 28 della L.R. 19/2016 dispone inoltre che "L'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa è inserito nella programmazione annuale e negli obiettivi di mandato dei Direttori generali".

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica Assistenza Integrativa regionale, si ritiene che, ai fini di una valutazione circa la coerenza dell'attività svolta in sede aziendale rispetto alla programmazione regionale e quindi alla verifica del raggiungimento dell'obiettivo, sia opportuno fare riferimento al costo pro capite mediano - pesato in Euro 15,00 - in quanto composto da costi attribuibili a più conti economici.

Negli **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L** alla presente deliberazione vengono indicati alcuni obiettivi di "mantenimento", i quali non prevedono l'attribuzione di specifici punteggi, ma che, nel caso di non raggiungimento, prevedono le seguenti penalizzazioni:

- % dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione: fino a un massimo di 1 punto;
- rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti): fino a un massimo di 1 punto;
- rispetto della completezza e tempestività dei flussi informativi che non costituiscono prerequisito (come sopra illustrato): fino a un massimo di 5 punti;
- risoluzione delle criticità emergenti dalla verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019: fino a un massimo di 10 punti;
- soddisfazione delle richieste provenienti dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza ai sensi del c. 3 *ter* dell'art. 4 della L.R. n. 21/2010: fino a un massimo di 1 punto.

Nei sopracitati Allegati viene indicato anche un obiettivo osservazionale che non presenta alcuna pesatura e non è oggetto di valutazione.

Si ritiene di incaricare il Direttore Generale Area Sanità e Sociale di definire in maniera dettagliata e, qualora opportuno, aggiornare in corso d'anno, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori nelle Aziende e Istituti del SSR.

Si ritiene di stabilire che, a norma dei cc. 8 *quinquies*, 8 *sexies* e 8 *septies* dell'art. 13 della L.R. 56/1994 e ss.mm.ii., gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un



risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalle sopracitate DD.GG.RR. n. 693/2013 e n. 2172/2016.

Si conferma che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019 determinati dalla presente deliberazione mantengono piena validità e rilevanza – anche ai fini della valutazione di cui alle DGR n. 693/2013 e n. 2172/2016 – per i Direttori Generali e, come disposto dall'art. 5 dello schema contrattuale di cui alla DGR n. 17/2013, per i Direttori di area di tutte le Aziende e Istituti del SSR.

A norma dell'art. 2, c. 9, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, si dispone che indirizzi e obiettivi per l'attività di Azienda Zero per l'anno 2019 verranno determinati con successivi provvedimenti.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il D.Lgs. n. 502/1992;

VISTO l'art. 52, comma 4, lett d), della Legge 289/2002 (Legge Finanziaria 2003);

VISTO il D.L. n. 95/2012, convertito in L. 135/2012;

VISTO il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33;

VISTO l'articolo 1, comma 568, della L. 23 dicembre 2014, n. 190;

VISTO il D.Lgs. n. 171/2016;

VISTO l'articolo 1, commi 865 e 866 della L. 30 dicembre 2018, n. 145;

VISTI gli artt. 5 e 13, commi 8 *quinquies*, 8 *sexies*, 8 *septies* e 8 *octies*, della L.R. 56/1994 e ss.mm.ii.;

VISTA la L.R. 23/2012 e ss.mm.ii.;

VISTA la L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e ss.mm.ii.;

VISTO l'art. 1, comma 5, del DPCM n. 502/1995;

VISTO il D.M. 9 dicembre 2015 del Ministero della Salute;

PRESO ATTO dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Rep. Atti n. 2271/CSR del 23 marzo 2005);

PRESO ATTO dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-16, sancita il 10 luglio 2014, ed in particolare di quanto previsto dall'art. 10, c. 6, del citato Patto per la Salute per gli anni 2014-16 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);

PRESO ATTO dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la manovra sul settore sanitario, sancita il 2 luglio 2015 (Rep. Atti n. 113/CSR del 2 luglio 2015);

PRESO ATTO dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 9-quater del decreto legge n. 78 del 19 giugno 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 6 agosto 2015, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sullo schema di decreto del Ministro della salute che introduce "condizioni di erogabilità" o "indicazioni di appropriatezza prescrittiva" alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (Rep. Atti n. 202/CSR del 26 novembre 2015);

VISTE le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 17 del 9/1/2013, n. 693 del 14/5/2013, n. 2050 del 30/12/2015, n. 2172 del 23/12/2016 e n. 555 del 30/4/2018;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della L.R. n. 54 del 31 dicembre 2012;



DELIBERA

1. di approvare quanto illustrato in premessa quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare i contenuti degli **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L**, parti integranti e sostanziali della presente deliberazione, che individuano gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e i relativi indicatori di performance a valere per l'anno 2019 per le singole Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto;
3. di incaricare il Direttore Generale Area Sanità e Sociale di definire in maniera dettagliata e, qualora opportuno, aggiornare in corso d'anno, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori nelle Aziende e Istituti del SSR;
4. di dare atto che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisce prerequisito all'accesso al sistema premiante, ferme restando le motivazioni che determinano la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale;
5. di prendere atto che l'art. 1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, dispone che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento" e di prendere atto inoltre delle quote di indennità di risultato riconosciute a seconda dell'ammontare dei ritardi registrati previste nella medesima norma;
6. di stabilire che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento e al peso assegnato a ciascun soggetto;
7. di confermare che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019 determinati dalla presente deliberazione assumono piena validità e rilevanza – anche ai fini della valutazione di cui alle DGR n. 693/2013, e n. 2172/2016 – per i Direttori Generali e, come disposto dall'art. 5 dello schema contrattuale di cui alla DGR n. 17/2013, per i Direttori di area di tutte le Aziende e Istituti del SSR;
8. di incaricare l'Area Sanità e Sociale di trasmettere il presente atto ai Direttori Generali interessati e di procedere al monitoraggio e alla verifica circa il grado di aderenza dei risultati conseguiti dalle Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale agli obiettivi contenuti negli **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L** alla presente deliberazione;
9. di disporre che indirizzi e obiettivi per l'attività di Azienda Zero per l'anno 2019 verranno determinati con successivi provvedimenti;
10. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
11. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33;
12. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



(FIRMATO)

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel





LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISSI	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	tutte \geq 95%	1		
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	\geq 95%	1.5		
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (\rightarrow = 65 anni)	\geq 75%	1		
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	0.5		
E Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	\geq 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0.2		
		P.E.1.2	% aziende oviceprine controllate per anagrafe	\geq 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0.2		
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	\geq 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0.1		
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	\geq 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0.1		
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	\geq 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	0.1		
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	\geq 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	0.1		
		P.E.1.7	esecuzione del PNAA	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	0.1		
		P.E.1.8	% controlli di farmacosorveglianza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingresso/dettaglio)	Soglia D.Lgs. 193/2006	0.1		



6d9d4f31c

AUISS pag. 1



LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISSI	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5		
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5		
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	0,5		
		P.F.2.1	Indicatore composto sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5		
		P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5		
Promozione e di stili di vita sani							
P.F.2							
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
21							
2							
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) del MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione 100%
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'Informatizzazione che inviano i valori 100%
		B Emergenza sanitaria territoriale					
1,5							
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18'	1,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati 100%
C Assistenza farmaceutica							
4							
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	s soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1		



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	USSI1	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
D Assistenza Integrativa								
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ 15 €	0,5			
E Assistenza specialistica ambulatoriale								
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SP5 e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	D.E.1.7	Soglie definite nel vademecum	0,5				
D.E.2	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	≤ 40% o riduzione	1			
F Assistenza Protetica								
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protetica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica	≤ 9,5 €	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica	Spesa inviata nel Flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	≥ 95%
					Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica suddivisa nei 3 elenchi	100%	



ALLEGATO A DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AULSS n. 1 Dolomiti

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS1	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale								
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5			
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5			
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.4	% ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5		PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg. dalla dimissione	≥ 15%	0,5	mantenimento		
D.H.2	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	D.H.2.1	% standard rispettati	100%	0,5			
		D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5			
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	0,5	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
		D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
I Assistenza socioassistenziale residenziale e semi-residenziale								
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservazione	1		
		T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio						
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3			
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,2	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	% indicatori rispettati	100%



60948-31c

AULSS1 pag. 4



LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UNSSI	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA		
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3				
		D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2				
ASSISTENZA OSPEDALIERA									
A Pronto soccorso									
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati	100%	
		T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
		18							
		18,5							
		0,5							
		O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDFA e altri	% indicatori rispettati	100%	
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati	100%	
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%	
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe AH	≤ 122€	0,5				
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5				
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	2				
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 85% primo semestre; ≥ 90% secondo semestre	1,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati	100%	
		O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1				
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5				
		O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5				
		O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5				
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5				



6d9d4f31c

AUSS pag. 5



LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISSI	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTUAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (anere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 3%	1		
		O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -3%	1		
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori UISS	>=35	1		
		O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	<= 15%	1		
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza
O.T.10	Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3	Utilizzo del sistema informativo per la ROV	Documentata adozione del nuovo software e contestuale cessazione del precedente contratto entro il 31.12.2019	0,5		SI
PROCESSI DI SUPPORTO							
A Programmazione delle risorse							
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	2		
		S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmi (Indicatore di tempestività del pagamenti)	≤ 0 gg		manteni mento	
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1,5		



6d9d4f31c

AUSS SCS pag. 6



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGGLIA	ULSSI	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGGLIA		
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nel tempi previsti dai rapporti di audit	0,5					
								S.A.3.1	
								S.A.4	
								S.A.4.1	
B Informatizzazione									
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Indice Qualità Indicizzazione (IQ) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSE	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25					
								S.B.1.1	
								S.B.1.2	
								S.B.1.3	
								S.B.1.4	
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	0,5		Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione		
								S.B.2.1	
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenimento			100%		
								S.B.5.1	
C Percorso autorizzativo CRITE									
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	Adeguamento normativo dell'Ospedale "Casa Charitas" di Lamton	Entro 31.12.2019	1					
								S.C.1.1	
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	1					
								S.C.3.1	
D Centralizzazione dei processi di supporto									
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRK) per analisi eventi e valutazione rischi	% schede GSRK di risk Management compliate in modo completo e corretto	Soglie definite per singolo item	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRK	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item		
								S.D.3.1	
S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	> 30 segnalazioni/ mese	0,5						
								S.D.3.2	



6094F31C



ALLEGATO A DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AULSS n. 1 Dolomiti

pag. 8 di 8

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	U.L.S.S.I	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	0,5		
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	Mantenimento		
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co 3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	Mantenimento		

Legenda

- Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.
- Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.
- A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.
- Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.
- Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.
- Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.
- Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



60304F31C

AULSS1 pag. 8





LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
				8			
				4			
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni						
P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)		tutte $\geq 95\%$	1			
P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)		$\geq 95\%$	1,5			
P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)		$\geq 75\%$	1			
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro			0,5			
P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati		Diminuzione	0,5			
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafe animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci			1			
P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe		$\geq 3\%$ delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,2			
P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe		$\geq 3\%$ delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,2			
P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe		$\geq 5\%$ delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,1			
P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)		$\geq 1\%$ delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,1			
P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe		$\geq 5\%$ delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	0,1			
P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe		$\geq 1\%$ delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	0,1			
P.E.1.7	esecuzione del PNAA		minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	0,1			
P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)		Soglia DLgs. 193/2006	0,1			



bf4ae5c1

AUISS2 pag. 1



ALLEGATO B DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AULSS n. 2 Marca Trevigiana

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
				2,5			
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5		
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5		
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	• ≥ 50%	0,5		
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.1	Indicatore composto sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5		
		P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5		
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
				20,5			
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione
		D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
		D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore VAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori VAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informaticizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informaticizzazione che inviano i valori
B Emergenza sanitaria territoriale							
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati
						4	
C Assistenza farmaceutica							
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		D.C.1.2	% indicatori di appropriata prescrizione rispettati	Soglie definite nel vademecum	1		



BF4ae5c1

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	UISS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
D Assistenza Integrativa								
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ 15 €	0,5			
E Assistenza specialistica ambulatoriale								
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SP5 e art. 50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico viste di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica		Soglie definite nel vademecum	0,5		
D.E.2	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	≤ 40% o riduzione	1			
F Assistenza Protetica								
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protetica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica	≤ 9,5 €	0,5	Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica suddivisa nei 3 elenchi	
						Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica	Spesa inviata nel Flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	≥ 95%



ALLEGATO B DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AULSS n. 2 Marca Trevigiana

pag. 4 di 8

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale							
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,5)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)			
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)			
		D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%			
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg. dalla dimissione	≥ 15%			
D.H.2	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	D.H.2.1	% standard rispettati	100%	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
		D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)			
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
		D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	100%			
I Assistenza sociosanitaria residenziale e semi-residenziale							
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è ≤ a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione			
		T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio		1			
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	% indicatori rispettati	100%
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)			



bf4ae5c1

AULSS7 pag. 4

ALLEGATO B DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AUISS n. 2 Marca Trevigiana

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3		
		D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2		
ASSISTENZA OSPEDALIERA				19,5			
A Pronto soccorso				0,5			
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati 100%
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3) ≥ 95%
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe AH	≤ 122€	0,5		
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5		
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	2		
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	285% primo semestre; ≥ 90% secondo semestre	1,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati 100%
		O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1		
		O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5		
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		



BT4ae5c1

UISS2 pag. 5



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 10%	1		
		O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi	>=7	1		
		O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -5%	1		
		O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori UISS	>= 175	1		
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	<= 15%	1		
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza
		O.T.11.1	Rispetto del piano biennale di cui alla DGR 1635/2016	SI	0,5		SI
PROCESSI DI SUPPORTO				12,5			
A Programmazione delle risorse				7			
SA.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	SA.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	<= 0	2		
		SA.1.3	Costo del Personale	<= soglia assegnata con provvedimento regionale	3		



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS2	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento			
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1			
	S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5		
			S.A.4	Internal audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	0,5	
B Informatizzazione								
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQ) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5			
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25			
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglia assegnata con provvedimento regionale	0,25			
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5			
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione 100%	
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenimento			
C Percorso autorizzativo CRTE								
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Lavori di completamento monoblocco P.O. di Castelfranco Veneto - piani 1° e 10° per attività IOV	Entro 31.12.2019	1			
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	1			



bfd4ae5c1

AUISS7 pag. 7

AUISS n. 2 Marca Trevigiana

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AUISSZ	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compiute in modo completo e corretto	1	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Dati oggetto di verifica: Riserne e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5			
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5			
F Rispetto delle direttive regionali							
Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e							
S.F.1	adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019				Mantenimento
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)							
S.F.2		S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte				Mantenimento

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il paraggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



bff49ae5c1

AUISSZ pag. 8





LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
				7			
				3			
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) P.A.1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) P.A.1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	tutte >= 95% ≥ 95% ≥ 75%	1 1 1			
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1 Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	0,5			
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafe animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1 % aziende bovine controllate per anagrafe P.E.1.2 % aziende ovicaprine controllate per anagrafe P.E.1.3 % capi ovicaprini controllati per anagrafe P.E.1.4 % aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari) P.E.1.5 % aziende equine controllate per anagrafe P.E.1.6 % allevamenti apistici controllati per anagrafe P.E.1.7 esecuzione del PNAA P.E.1.8 % controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) ≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) ≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) ≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) ≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%) ≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%) minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%) Soglia D.Lgs. 193/2006	0,2 0,2 0,1 0,1 0,1 0,1			



caff8b45

A11 SS3 pag. 1



ALLEGATO C DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AUSS n. 3 Serenissima

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	UISS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening								
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5			
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5			
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	0,5			
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5			
		P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5			
ASSISTENZA DISTRETTUALE				20,5				
A Assistenza sanitaria di base								
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) del MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	100% 100%
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5			
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5			
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'Informatizzazione che inviano i valori	100%
B Emergenza sanitaria territoriale								
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%
C Assistenza farmaceutica								
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3			
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1			



Cat.F8045

UISS3 pag. 2

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
D Assistenza Integrativa								
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ 15 €	0,5			
E Assistenza specialistica ambulatoriale								
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+GZ**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+GZ**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+GZ**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	0,5			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica		Soglie definite nel vademecum	0,5		
D.E.2	Riduzione dell'inadeguatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	≤ 40% o riduzione	1			
F Assistenza Protetica								
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protetica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica	≤ 9,5 €	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica	Spesa inviata nel Flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Flusso Assistenza Regionale per l'Assistenza Protetica in Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	≥ 95%
					0,5	Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica suddivisa nei 3 elenchi	100%



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale								
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5			
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5			
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI		
		D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5		Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	mantenimento		PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
D.H.2	Adeguatezza agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	D.H.2.1	% standard rispettati	100%	0,5			
		D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5			
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	0,5	Fusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1- 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
		D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Fusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
Assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale								
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	Fusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservati ore	1		
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio								
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3			
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,2	Rispetto della completezza e tempestività del Fusso SISMI	% indicatori rispettati	100%



CAFF8045

AUISS3 pag. 4

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGGLIA	UISS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	O.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3		
		O.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2		
		ASSISTENZA OSPEDALIERA					
A Pronto soccorso							
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati
		19,5					
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DD13 e altri	% indicatori rispettati
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% del IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	0,5		
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5		
		O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	2		
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 85% primo semestre; ≥ 90% secondo semestre	1,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati
		O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1		
		O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5		
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		



CAFF8045

AUSS3 pag. 5

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	USS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA																
PROCESSI DI SUPPORTO	A Programmazione delle risorse	O.T.6 Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 10%	1																	
			O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi	>=5	1																	
			O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -3%	1																	
			O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori USS	>= 200	1																	
			O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 15%	1															
			O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	> 10 audit su eventi avversi	0,5															
			O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	>= 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza														
			O.T.10	Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3	Utilizzo del sistema informativo per la ROV	Documentata adozione del nuovo software e contestuale cessazione del precedente contratto entro il 31.12.2019	0,5	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinente le infezioni correlate all'assistenza														
			O.T.10.3						SI														
			<table border="1"> <tr> <td colspan="4">PROCESSI DI SUPPORTO</td> <td>13</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">A Programmazione delle risorse</td> <td>7</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>								PROCESSI DI SUPPORTO				13				A Programmazione delle risorse				7
PROCESSI DI SUPPORTO				13																			
A Programmazione delle risorse				7																			
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	<= 0	2																		
		S.A.1.3	Costo del Personale	5 soglia assegnata con provvedimento regionale	3																		



LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	AUISS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento			
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1			
	S.A.3 Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Neti tempi previsti dai rapporti di audit	0,5			
		S.A.4 Internal audit	S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Neti tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	0,5		
B Informatizzazione								
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5			
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25			
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	0,25			
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzano correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5			
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenimento			
C Percorso autorizzativo CRITE								
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso presso l'Ospedale di Dolo	Entro 31.12.2019	1			
		S.C.1.2	Interventi urgenti di mantenimento della sicurezza sulla facciata prospiciente il Rio dei Mendicanti presso l'Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia	Avanzamento cantiere al 20%	0,5			
2								



AUISS n. 3 Serenissima

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS3	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	1			
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5			
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5			
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	Mantenimento		
		S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	100%			

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il paragrafo di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



CAFF8B45

AUISS3 pag. 8





LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS4	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	tutte \geq 95%	1		
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	\geq 95%	1		
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (\geq 65 anni)	\geq 75%	1		
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	0,5		
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	\geq 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,2		
		P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	\geq 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,2		
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	\geq 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,1		
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	\geq 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,1		
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	\geq 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	0,1		
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	\geq 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	0,1		
		P.E.1.7	esecuzione del PNAA	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	0,1		
		P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	Soglia D.Lgs. 193/2006	0,1		



7e7780a2

pag. 1



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS4	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening								
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proportione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5			
		P.F.1.2	Proportione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5			
		P.F.1.3	Proportione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	1			
		P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5			
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5			
		A ASSISTENZA DISTRETTUALE						
A Assistenza sanitaria di base								
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) del MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	100% 100%
		D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018		0,5			
		D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5			
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5			
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore VAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori VAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori	100%
B Emergenza sanitaria territoriale								
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%
C Assistenza farmaceutica								
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3			
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1			



7e7780a2



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS4	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D Assistenza Integrativa							
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	0,5			
			≤ 15 €	0,5			
E Assistenza specialistica ambulatoriale							
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	0,5			
D.E.2	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	1			
F Assistenza Protetica							
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protetica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica	0,5			
			≤ 9,5 €	0,5			
					Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	≥ 95%
					Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica suddivisa nei 3 elenchi	100%



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS4	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale							
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5		
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
		D.H.1.4	% ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5	PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	mantenimento		
D.H.2	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	% standard rispettati	100%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5		
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5		
		D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	1,5	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	1	% indicatori rispettati	≥ 90%	
I Assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale							
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservazione		
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	100%
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,2	% indicatori rispettati	



AULSS4 pag. 4



7e7780a2

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	U.I.S.S.4	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3		
		D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2		
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati 100%
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3) ≥ 95%
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	0,5		
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5		
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥90%	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati 100%
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	1,5		
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1		
		O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.3	Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5		
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		



AUISS4 pag. 5



7e7780a2

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS4 PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
		ATTIRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 3%	1		
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1 FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -5%	1		
		O.T.6.6 FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 50	1		
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	1		
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2 Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1 N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	SI
O.T.10	Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3 Utilizzo del sistema informativo per la ROV	Documentata adozione del nuovo software e contestuale cessazione del precedente contratto entro il 31.12.2019	0,5		
PROCESSI DI SUPPORTO				12,5		
A Programmazione delle risorse				7		
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1 Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ imposte e tasse)	≤ 0	2		
		S.A.1.3 Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		S.A.2.1 Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento		
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.2 Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1		



ALLEGATO D DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AULSS n. 4 Veneto Orientale

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS4 PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5		
S.A.4	Internal audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	0,5		
B Informatizzazione						
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSE	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5		
		Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25		
		Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	0,25		
		Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5		
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenimento		
C Percorso autorizzativo CRITE						
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	Adeguamento Servizio Dialisi, Ambulatori e Day Surgery presso l'ospedale di San Donà di Piave - 2ª fase	Entro 31.12.2019	1		
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	1		
D Centralizzazione dei processi di supporto						
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	Soglie definite per singolo item	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Soglie definite per singolo item
		N. schede di segnalazione pervenute al RM	> 30 segnalazioni/ mese	0,5	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	



AULSS4 pag. 7



7e7780a2

ALLEGATO D DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

AULSS n. 4 Veneto Orientale

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSSM	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	SI	0,5			
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	SI	Mantenimento			
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	100%	Mantenimento			

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AULSS4 pag. 8



7e7780a2



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1		tutte ≥ 95%	
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	1		≥ 95%	
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	1		≥ 75%	
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori	0,5		Diminuzione	0,5
E Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	0,2		≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	0,2		≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	0,1		≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,1		≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	0,1		≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,1		≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	
		P.E.1.7	esecuzione del PNAA	0,1		minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	0,1		Soglia D.Lgs. 193/2006	



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS5	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5		
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5		
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	0,5		
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASS)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5		
		P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5		
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) del MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori
B Emergenza sanitaria territoriale							
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati
C Assistenza farmaceutica							
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	-Soglie definite nel vademecum	1		



AULSS pag. 2



c3fe5d15

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA		
D Assistenza Integrativa									
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	0,5					
			≤ 15 €	0,5					
E Assistenza specialistica ambulatoriale									
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1					
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5					
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1					
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5					
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1					
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5					
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	0,5	Soglie definite nel vademecum				
		D.E.2.1	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	1,5	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.				
		F Assistenza protesica							
		D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	0,5			
	≤ 9,5 €								
					Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili morotouso)	≥ 95%		
					Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	100%		



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale							
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5		
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	
		D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5	PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	mantenimento		
D.H.2	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	% standard rispettati	100%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5		
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5		
		D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	0,5	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
I Assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale							
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservazione		
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	100%
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,2	% indicatori rispettati	



AULSS pag. 4



c3fe5d15

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	IULSS5	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3		
		D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2		
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)							
O.A.1		O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	1	% indicatori rispettati	100%
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	100%
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	0,5		
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5		
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	100%
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 85% primo semestre; ≥ 90% secondo semestre	1,5		
		O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1		
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal IPNE	O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5		
		O.T.3.5	% di parti cesaree primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno	0,5		
				≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 10%	1		
		O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -3%	1		
		O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 50	1		
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	1		
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microorganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	SI
PROCESSI DI SUPPORTO							
A Programmazione delle risorse							
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	2		
		S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento		
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1		
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5		



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.A.4	Internal audit	S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero		
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSE	0,5	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018		
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	0,25	Secondo le scadenze date da Azienda Zero		
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	0,25	Soglie definite nel vademecum		
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	0,5	100%		
		S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	0,5	Secondo programmazione	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenimento	100%		
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Lavori di realizzazione del nuovo blocco travaglio parto e sala operatoria Ostetricia con adeguamento normativo e di sicurezza edilizio, tecnologico ed impiantistico del 2° piano torre est dell'ospedale S. Maria della Misericordia di Rovigo.	1	Entro 31.12.2019		
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1	≥ 90%		
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5	Soglie definite per singolo item	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5	> 30 segnalazioni/ mese	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	SI	0,5			
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	SI	Mantenimento			
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	100%	Mantenimento			

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

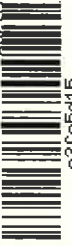
Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AULSS pag. 8



c3fe5dd15



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio., difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte ≥ 95%		
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	1	≥ 95%		
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	1	≥ 75%		
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	0,5	Diminuzione		
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	0,2	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	0,2	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	0,1	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,1	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	0,1	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)		
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,1	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)		
		P.E.1.7	esecuzione del PNAA	0,1	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.8	% controlli di farmacosorveglianza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	0,1	Soglia D.Lgs. 193/2006		



AULSS6 pag. 1



5FR028C5

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5		
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5		
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	0,5		
	P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5			
	P.F.2.2	Promozione di stili di vita sani	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5		
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
21,5							
2							
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori
B Emergenza sanitaria territoriale							
2							
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati
D.B.2	Attivazione del CTO presso ospedale Camposampiero	D.B.2.1	E' applicato il protocollo SUEM "Interventi di soccorso per patologie traumatiche"	SI	1		
C Assistenza farmaceutica							
4							
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1		



AULSS6 pag. 2



5f0028c5

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale							
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	5			
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	0,5	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	0,5	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)		
		D.H.1.4	% ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	0,5	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	mantenimento	≥ 15%		
D.H.2	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017		100%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	0,5	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)		
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	0,5	≤ 20%		
		D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	0,5	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico		100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	≥ 90%	
I Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale							
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	0,5	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	osservazioni	diminuzione		
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	0,3	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	100%
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0,2	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	% indicatori rispettati	100%



AULSS6 pag. 4



5fd028e5

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3		
		D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2		
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati 100%
		T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali					
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3) ≥ 95%
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	0,5		
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5		
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥90%	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati 100%
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	1,5		
		O.T.2.3	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1		
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.2	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.3	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5		
		O.T.3.4	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		



AULSS pag. 5



5f6028c5

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 10%	1		
		O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -5%	1		
		O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 150	1		
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	1		
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microorganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	SI

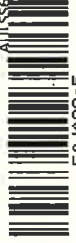
PROCESSI DI SUPPORTO

A Programmazione delle risorse

		13	7,5		
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variatione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	2
		S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1,5
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5



AULSS6 pag. 6



5fd028c5

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	U.L.S.S.6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.A.4	Internal audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nel tempo previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	0,5			
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5			
		Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25			
		Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	0,25			
		Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5			
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenimento			
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	Realizzazione Elisupeficie presso l'Ospedale di Camposampiero	Entro 31.12.2019	1			
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	1			
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	Soglie definite per singolo item	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC		Soglie definite per singolo item
		N. schede di segnalazione pervenute al RM	> 30 segnalazioni/ mese	0,5		Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	0,5			0,5



AULSS6 pag. 7



5fd028c5

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS6	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	Mantenimento		
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	Mantenimento		

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1,5		tutte ≥ 95%	
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	1,5		≥ 95%	
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	1		≥ 75%	
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	0,5		Diminuzione	
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	0,2		≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	0,2		≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	0,1		≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,1		≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	0,1		≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,1		≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	
		P.E.1.7	esecuzione del PNAA	0,1		minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	
		P.E.1.8	% controlli di farmacosorveglianza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	0,1		Soglia D.Lgs. 193/2006	



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	2,5		
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5		
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	0,5		
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale: se ≤ 40%)	0,5		
		P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5		
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione
		D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5		
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori	
B Emergenza sanitaria territoriale							
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤= 18'	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%
C Assistenza farmaceutica							
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1		



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
D	Assistenza Integrativa			0,5				
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	0,5	≤ 15 €			
E Assistenza specialistica ambulatoriale								
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1	≥ 95%			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5	≥ 95%			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1	≥ 95%			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5	≥ 95%			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1	≥ 95%	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5	≥ 95%			
D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica		Soglie definite nel vademecum	0,5				
D.E.2	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	1	≤ 40% o riduzione			
F Assistenza Protesica								
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	0,5	≤ 9,5 €	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	≥ 95%
						Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	100%



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale							
5							
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.2 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5			
		D.H.1.3 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5			
		D.H.1.4 % ultra/75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5		PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
		D.H.1.5 % dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	mantenimento			
D.H.2	Adegumento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	D.H.2.1 % standard rispettati	100%	0,5			
		D.H.3.1 % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5			
		D.H.3.2 % Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.3 Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	0,5	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	D.H.4.1 Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
I Assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale							
0,5							
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1 % ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 g/orni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2 Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservazione			
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
1							
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, APCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3			
		D.T.1.2 % ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,2	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIM	% indicatori rispettati	100%



AULSS7 pag. 4



29ff23ed

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3		
		D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2		
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)							
O.A.1		O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati 100%
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati 100%
		O.T.1.3	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	0,5		
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5		
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati 100%
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 85% primo semestre; ≥ 90% secondo semestre	1,5		
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1		
		O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi/anno	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5		
		O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5		
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5		



AULSS7 pag. 5



29ff23ed

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	USSL7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
		ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 10%	1			
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1 O.T.6.6	<= -3%	1			
		FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori USSL	>= 150	1			
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	≤ 15%	1			
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5			
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza	SI
O.T.10	Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3	Documentata adozione del nuovo software e contestuale cessazione del precedente contratto entro il 31.12.2019	0,5			
PROCESSI DI SUPPORTO							
A Programmazione delle risorse							
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1 S.A.1.3	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse) Costo del Personale	2	≤ 0		
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1 S.A.2.2	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti) Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	3	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale ≤ 0 gg ≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	mantenimento	0,5



AULSS7 pag. 6



29ff23ed

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5			
S.A.4	Internal audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	0,5			
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSE	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5			
		Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25			
		Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	0,25			
		Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5			
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenimento			
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	Completamento 1^ fase dell'ospedale di Asiago	Entro 31.12.2019	1			
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	1			
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	Soglie definite per singolo item	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item
		N. schede di segnalazione pervenute al RM	> 30 segnalazioni/ mese	0,5			



AULSS7 pag. 7



29ff23ed

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS7	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	0,5		
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	Mantenimento		
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	Mantenimento		

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AULSS7 pag. 8



29ff23ed



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	UISS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte ≥ 95%		
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	1	≥ 95%		
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	1	≥ 75%		
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	0,5	Diminuzione		
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	0,2	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	0,2	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	0,1	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,1	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	0,1	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)		
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,1	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)		
		P.E.1.7	esecuzione del PNAAs	0,1	minimi stabiliti dal PNAAs 2019 (punteggio parziale fino al 90%)		
		P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaggio)	0,1	Soglia D.Lgs. 193/2006		



AUISS8 pag. 1



0a19jccb1

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	LULSS	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
				2,5			
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	0,5			
		P.F.1.2 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	0,5			
		P.F.1.3 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	0,5			
		P.F.2.1 Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	0,5			
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.2 Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5			
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
				21,5			
				2			
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1 % della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	0,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	100% 100%
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1 Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5			
		D.A.2.2 Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	0,5			
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1 % MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori	100%
B Emergenza sanitaria territoriale							
				2			
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ -18'	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%
C Assistenza farmaceutica							
				4			
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari farmaceutica convenzionata	D.C.1.1 Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3			
		D.C.1.2 % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1			



AULSS pag. 2



0a19bcb1

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D Assistenza Integrativa							
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	0,5			
			≤ 15 €	0,5			
E Assistenza specialistica ambulatoriale							
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	0,5			
D.E.2	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	1			
F Assistenza Protesica							
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	0,5			
			≤ 9,5 €	0,5			
				0,5	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	≥ 95%
				0,5	Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	100%



AULSS8 pag. 3



03190cbb1

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale							
				5			
D.H.1.1		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5		Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
D.H.1.2		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5			
D.H.1.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI		
D.H.1.4		% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5		PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per - - adempimento < 50%
D.H.1.5		% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	0,5			
D.H.2.1	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	% standard rispettati	100%	0,5			
D.H.3.1		% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5			
D.H.3.2		% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5			
D.H.3.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	0,5	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per - - adempimento < 10%
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
I Assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale							
				0,5			
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è ≤ a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	< 10%
D.I.1.2		Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservazione			
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
				1			
D.T.1.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3			
D.T.1.2		% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,2	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	% indicatori rispettati	100%



AULSS8 pag. 4



0a19bcb1

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1 % azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3			
		D.T.2.2 Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2			
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1 Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati	100%
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
18,5							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1 Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.2 Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DIM	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.3 Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DIM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%
		O.T.1.4 Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 112€	0,5			
		O.T.1.5 % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5			
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1 % DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥90%	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati	100%
		O.T.2.2 % DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	1,5			
		O.T.3.1 % indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1			
		O.T.3.2 Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5			
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.3 Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5			
		O.T.3.4 % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5			
		O.T.3.5 % di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5			



LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.6 Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 5%	1			
		O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE- casi.	>=3	1		
		O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -5%	1		
	O.T.7 Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 130	1		
		O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	1		
	O.T.8 Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
	O.T.9 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N: report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	SI

PROCESSI DI SUPPORTO

A Programmazione delle risorse		12,5	7
S.A.1 Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0
	S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg
S.A.2 Efficienza finanziaria	S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)



AULSS8 pag. 6



0a19bcb1

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	0,5	Nei tempi previsti dai rapporti di audit		
S.A.4	Internal audit	S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero		
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQ) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	0,5	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018		
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	0,25	Secondo le scadenze date da Azienda Zero		
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	0,25	Soglie definite nel vademecum		
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	0,5	100%		
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	0,5	Secondo programmazione	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenimento	100%		
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Realizzazione progetto utilizzo "ex seminario"	1	Entro 31.12.2019		
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1	≥ 90%		
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5	Soglie definite per singolo item	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5	> 30 segnalazioni/ mese	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	



AULSS8 pag. 7



0a19bcb1

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS8	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	0,5		
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	Mantenimento		
S.F.2		S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	Mantenimento		

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AULSS8 pag. 8



0a19bcb1

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PREVENZIONE							
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali							
P.A.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1		tutte ≥ 95%	
		P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	1		≥ 95%	
		P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	1		≥ 75%	
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro							
P.C.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	0,5			0,5
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori							
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,2		
		P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,2		
		P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,1		
		P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	0,1		
		P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	0,1		
		P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	0,1		
		P.E.1.7	esecuzione del PNAAs	minimi stabiliti dal PNAAs 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	0,1		
		P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	Soglia D.Lgs. 193/2006	0,1		



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening							
		P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	3			
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening		≥ 60%	1			
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	0,5			
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	0,5			
		P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	0,5			
			Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute				
P.F.2	Promozione di stili di vita sani	P.F.2.2	≥ 300	0,5			
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
A Assistenza sanitaria di base							
		D.A.1.1	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	20,5	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio	100%
D.A.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie		≥ 65%	0,5		% MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	100%
		D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	0,5			
D.A.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018		diminuzione o mantenimento				
		D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	0,5			
D.A.3	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	0,5	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori	100%
B Emergenza sanitaria territoriale							
		D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	1			
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento		≤ 18'	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%
C Assistenza farmaceutica							
		D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	3			
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale				
		D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	-1			
			Soglie definite nel vademecum				



AULSS9 pag. 2



8a78d3e3

LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D Assistenza Integrativa							
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	0,5			
			≤ 15 €	0,5			
E Assistenza specialistica ambulatoriale							
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica		Soglie definite nel vademecum	0,5	
D.E.2	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	1			
F Assistenza Protesica							
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	0,5			
					≤ 9,5 €		
					Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrative (per gli ausili monouso)	≥ 95%
					Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	100%



AULSS9 pag. 3



8a78d3e3

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale							
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	0,5		
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	< 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50%
		D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	0,5	PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	
		D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	mantenimento		
D.H.2	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	% standard rispettati	100%	0,5			
D.H.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5		
		D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	0,5		
		D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	0,5	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	1	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	≥ 90%
I Assistenza socioassistenziale residenziale e semiresidenziale							
D.I.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	0,5	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	< 10%
		D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	osservazione		
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	0,3	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIM	100%
		D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,5)	0,2		



AULSS9 pag. 4



8a78d3e3

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D.T.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	0,3			
D.T.2.1		Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	0,2			
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	18 0,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati	100%
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	17,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDIF3 e altri	% indicatori rispettati	100%
O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati	100%
O.T.1.3	Costo IVD	Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.I.A.3.3)	≥ 95%
O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	0,5			
O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	0,5			
O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati	100%
O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 85% primo semestre; ≥ 90% secondo semestre	1,5			
O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	1			
O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5			
O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 50% (punteggio parziale se ≥ 70%)	0,5			
O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	0,5			
O.T.3.5	% di parti cesarei primari	% di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	0,5			



AULSS9 pag. 5



8a78d3e3

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 5%	1		
		O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -5%	1		
		O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 90	1		
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	1		
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	0,5		
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	0,5	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	SI
PROCESSI DI SUPPORTO							
A Programmazione delle risorse							
S.A.1.	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	2		
		S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento		
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	1,5		
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5		



AULSS9 pag. 6



8a78d3e3

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.A.4	Internal audit	S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5		Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda	Zero
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	1		≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	0,25		Secondo le scadenze date da Azienda	Zero
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	0,25		Soglie definite nel vademecum	
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	1		100%	
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	0,5		Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenimento		100%	
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Realizzazione REMS a Nagara	1		Entro 31.12.2019	
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1		≥ 90%	
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5		Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5		> 30 segnalazioni/ mese	
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5		SI	



AULSS9 pag. 7



8a78d3e3

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS9	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1.	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	Mantenimento		
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	Mantenimento		

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AULSS9 pag. 8



8a78d3e3



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOPD	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
ASSISTENZA DISTRETTUALE								
B Emergenza sanitaria territoriale								
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	9,5 1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%	
E Assistenza specialistica ambulatoriale								
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1				
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	1				
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1				
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	1		Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1				
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	1				
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	Soglie definite nel vademecum	2			
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio								
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0,5 0,5	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	% indicatori rispettati	100%	
ASSISTENZA OSPEDALIERA								
A Pronto soccorso								
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	53 1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati	100%	



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOPD	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	4	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.3	Costo IVD	1	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	1			
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	1			
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	6,5			
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	4	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% Indicatori rispettati	100%
		O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	4			
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	2			
		O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	2			
		O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	2			
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	2			
		O.T.4.1	% di indicatori migliorati	5			
O.T.4	Rispetto degli standard e miglioramento della performance di una selezione di indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV		Soglie definite nel vademecum				



AOPD pag. 2



2a273abe

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOPD	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.5	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	O.T.5.1	Numero di studi approvati nell'anno	3		n. studi inseriti nel registro regionale/ n. studi inseriti nel registro nazionale	100%
		O.T.5.2	Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici	3	Completo e tempestivo inserimento degli studi nel registro regionale	% schede di rendicontazione economica compilate nel registro regionale(studi valutati nell'anno 2019) per studi interventistici con farmaci o dispositivi medici	95%
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.2	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità	1			>= 6%
		O.T.6.3	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7): valorizzazione economica per prestazioni dei DRG non di alta complessità	1			>=0%
		O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi	1			>=10
		O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	1			≤ 15%
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	1		≥ 10 audit su eventi avversi	
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	1	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza	SI
O.T.10	Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3	Utilizzo del sistema informativo per la ROV	0,5		Documentata conclusione dell'analisi e della proposta del piano di adozione del nuovo software entro il 31.12.2019	



AOPD pag. 3



Za273abe

ALLEGATO J DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

Azienda Ospedaliera di Padova

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOPD	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
PROCESSI DI SUPPORTO								
A Programmazione delle risorse								
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	2			
		S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3			
	S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento		
			S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	2		
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5			
		S.A.4	Internal audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5			
B Informatizzazione								
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5			
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25			
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	0,25			
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5			
		S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione gara	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%



AOPD pag. 4



2a273abe

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOPD	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenimento			100%
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Realizzazione nuovo ospedale di Padova	2			Entro 31.12.2019
S.C.2	Rispetto delle tempistiche nell'acquisto e collaudo degli investimenti non edilizi approvati e finanziati	S.C.1.2	Nuovo fabbricato per Pediatria	1			Entro 31.12.2019
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.2.1	% acquisizioni effettuate nei tempi e nel rispetto delle indicazioni CRITE	2			≥ 90%
		S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1			≥ 90%
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC		Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5			> 30 segnalazioni/ mese
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5			SI
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	Mantenimento			SI
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	Mantenimento			100%

Legenda

- Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono. Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.
- A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria. Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.
- Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.
- Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.
- Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AOPD pag. 5



2a273abe



LEA	OGGETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOVR	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
B Emergenza sanitaria territoriale							
D.B.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	100%
E Assistenza specialistica ambulatoriale							
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	1			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	Soglie definite nel vademecum	2		
H Assistenza socioassistenziale domiciliare e territoriale							
D.H.4	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	D.H.4.1 Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	0,5			
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio							
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.2 % ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se <= 6,9)	0,5	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	% indicatori rispettati	100%
ASSISTENZA OSPEDALIERA							
A Pronto soccorso							
O.A.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1 Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	<= 4 ore	2,5	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati	100%



AOVR pag. 1



f918f71e

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOVR	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali							
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	51,5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	4	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.3	Costo IVD	1	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	1			
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	1			
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	6,5			
		O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	4	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati	100%
		O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	4			
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	2			
		O.T.3.3	Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	2			
		O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	2			
		O.T.3.5	% di parti cesarei primari	2			
		O.T.4.1	% di indicatori migliorati	5			
O.T.4	Rispetto degli standard e miglioramento della performance di una selezione di indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV		Soglie definite nel vademecum				



AOVVR pag. 2

f918f71e

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOVR	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.5	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	O.T.5.1	Numero di studi approvati nell'anno	3		n. studi inseriti nel registro regionale/ n. studi inseriti nel registro nazionale	100%
		O.T.5.2	Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici	3	Completo e tempestivo inserimento degli studi nel registro regionale	% schede di rendicontazione economica compilate nel registro regionale(studi valutati nell'anno 2019) per studi interventistici con farmaci o dispositivi medici	95%
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.2	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità	1			
		O.T.6.3	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7): valorizzazione economica per prestazioni dei DRG non di alta complessità	1			
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAZIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi	1			
		O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	1			
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	1			
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	1	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza	SI



AOVR pag. 3



f918f71e

LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	AOVR	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
PROCESSI DI SUPPORTO							
A Programmazione delle risorse							
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	2		
		S.A.1.3	Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	3		
	S.A.2. Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	mantenimento		
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	0,5		
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	0,5		
		S.A.4	Internal audit	Nei tempi previsti nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5		
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	0,5		
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	0,25		
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	0,25		
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	0,5		
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione gara	0,5	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%



AOVIR pag. 4



f918f71e

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	AOVR	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenimento			100%
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Adeguamento sismico dell'ospedale Policlinico "G.B.Rossi" Borgo Roma di Verona	2			Entro 31.12.2019
		S.C.1.2	Fabbricato "geriatrico" c/o Borgo Trento	1			Entro 31.12.2019
S.C.2	Rispetto delle tempistiche nell'acquisto e collaudo degli investimenti non edilizi approvati e finanziati	S.C.2.1	% acquisizioni effettuate nei tempi e nel rispetto delle indicazioni CRITE	2			≥ 90%
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1			> 90%
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5			> 30 segnalazioni/ mese
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5			SI
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	Mantenimento			SI
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	Mantenimento			100%

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



AOVIV8 pag. 5



f918f71e



LEA	OGGETTO	INDICATORE	SOGLIA	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
ASSISTENZA DISTRETTUALE								
E Assistenza specialistica ambulatoriale								
D.E.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	100%
		D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale, traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	1			
		D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	Soglie definite nel vademecum		2		
ASSISTENZA OSPEDALIERA								
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali								
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	8	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	4	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.3	Costo IOV	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	1	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IOV codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%
		O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	1			
		O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	1			
O.T.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥ 90%	10	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati	100%	



LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
O.T.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dai PNE	O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento Soglie definite nel vademecum	2			
		O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui ≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	2			
O.T.4	Rispetto degli standard e miglioramento della performance di una selezione di indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV	O.T.4.1	% di indicatori migliorati Soglie definite nel vademecum	5			
O.T.5	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	O.T.5.1	Numero di studi approvati nell'anno ≥ anno precedente	3		n. studi inseriti nel registro regionale/ n. studi inseriti nel registro nazionale	100%
		O.T.5.2	Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici ≤ 30 gg	3	Completo e tempestivo inserimento degli studi nel registro regionale	% schede di rendicontazione economica compilate nel registro regionale (studi valutati nell'anno 2019) per studi interventistici con farmaci o dispositivi medici	95%
O.T.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.5	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: valorizzazione economica complessiva per prestazioni di ricovero + specialistica ambulatoriale (prestazioni indicate nel vademecum) ≥ 5%	2			
O.T.7	Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario ≤ 15%	0,5			
O.T.8	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati ≥ 10 audit su eventi avversi	1			
O.T.9	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione ≥ 3	1	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza	SI



IRCCS IOV pag. 2



58f4da29

LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
		O.T.10.1	Implementazione attività punti di accoglienza	2		Report trimestrale sull'attività	
O.T.10	Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3	Utilizzo del sistema informativo per la ROV	3		Documentata conclusione dell'analisi e della proposta del piano di adozione del nuovo software entro il 31.12.2019	
		O.T.10.4	Coordinamento e monitoraggio del nuovo sistema informativo per la ROV presso le aziende coinvolte	2		Utilizzo del sistema informativo per la ROV nel 100% delle aziende sanitarie coinvolte	
		O.T.10.5	Istruzione operativa per l'omogenea codifica dei trattamenti farmacologici	1,5		Invio all'Area Sanità e Sociale entro il 30.6.2019	
O.T.11	Sviluppo attività dello IOV nella sede di Castelfranco Veneto	O.T.11.1	Rispetto del piano biennale di cui alla DGR 1635/2016	5		SI	
PROCESSI DI SUPPORTO							
A Programmazione delle risorse							
S.A.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	2		≤ 0	
		S.A.1.3	Costo del Personale	3		s soglia assegnata con provvedimento regionale	
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	mantenimento		≤ 0 gg	
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	0,5		≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	
S.A.3	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	0,5		Nei tempi previsti dai rapporti di audit	
S.A.4	Internal audit	S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5		Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	



IRCCS IOV pag. 3



56f4da29

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
B Informatizzazione							
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSE.	0,5	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018		
		S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	0,25	Secondo le scadenze date da Azienda Zero		
		S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	0,25	Soglie definite nel vademecum		
		S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	0,5	100%		
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	0,5	Secondo programmazione	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	100%
S.B.5	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenimento	100%		
C Percorso autorizzativo CRITE							
S.C.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Radioterapia presso area ospedaliera di Castelfranco Veneto	1	Entro 31.12.2019		
S.C.2	Rispetto delle tempistiche nell'acquisto e collaudo degli investimenti non edilizi approvati e finanziati.	S.C.2.1	% acquisizioni effettuate nei tempi e nel rispetto delle indicazioni CRITE	2	≥ 90%		
S.C.3	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1	≥ 90%		
D Centralizzazione dei processi di supporto							
S.D.3	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5	Soglie definite per singolo item	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item
		S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5	> 30 segnalazioni/ mese		
E Trasparenza e anticorruzione							
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5	SI		



IRCCS IOV pag. 4



58f4da29

ALLEGATO L DGR nr. 248 del 08 marzo 2019

IRCCS Istituto Oncologico Veneto

LEA	OBBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
F Rispetto delle direttive regionali							
S.F.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	Mantenimento			SI
S.F.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	Mantenimento			100%

Legenda

Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.

Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



IRCCS IOV pag. 5



58f4da29

