



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 22 NOV. 2021

Protocollo N° SK6K66

Class: 72.00.15

Prat. 600 Fasc.

Allegati N° 1

Oggetto: *Trasmissione Vademecum illustrativo Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2021 – Versione 2.0 (DGR n. 958/2021).*

Ai Direttori Generali  
Aziende UU.LL.SS. del Veneto

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedale – Università Padova

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Al Direttore Generale  
Istituto Oncologico Veneto

e, p.c.,  
Al Direttore Generale  
Azienda Zero

Egregio Direttore,

con la presente si trasmette la Versione aggiornata 2.0 del Vademecum illustrativo degli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2021 (DGR n. 958/2021).

Le modifiche, che riguardano delle integrazioni ad alcuni indicatori, sono evidenziate in rosso.

Il file in formato editabile della versione 2.0 verrà trasmesso con apposita mail dalla casella di posta elettronica [obiettivi.dg@regione.veneto.it](mailto:obiettivi.dg@regione.veneto.it).

Distinti saluti.

Il Direttore della  
Direzione Risorse Strumentali SSR  
Dott. Mauro Bonin

Direzione Risorse Strumentali SSR  
Direttore: Dott. Mauro Bonin  
tel. segreteria: 041/2793434 – 3488 – 3528  
e-mail: [obiettivi.dg@regione.veneto.it](mailto:obiettivi.dg@regione.veneto.it)

Area Sanità e Sociale  
Direzione Risorse Strumentali SSR  
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – Venezia – tel. n. 041/2793434 – 3488 – 3528  
e-mail: [risorsestrumentalissr@regione.veneto.it](mailto:risorsestrumentalissr@regione.veneto.it)  
PEC: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



*Area Sanità e Sociale*

# **Vademecum**

## **Obiettivi DD.GG. 2021**

### **DGR 958/2021**

Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi

---

*Versione 2.0 del 18/11/2021*

---

Riferimento per comunicazioni:

[obiettivi.dg@regione.veneto.it](mailto:obiettivi.dg@regione.veneto.it)

## Sommario

Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021

Assegnazione, monitoraggio e valutazione

Indice delle strutture responsabili e referenti

## Obiettivi e Indicatori Area Distrettuale

<b>Obiettivo</b>	<b>D.A.1 Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale</b>
Indicatore	D.A.1.1 Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA
<b>Obiettivo</b>	<b>D.A.2 Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata</b>
Indicatore	D.A.2.1 % MGI con valore IVAQ sufficiente ( $\geq 0,65$ )
<b>Obiettivo</b>	<b>D.A.2.1.PRE Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione</b>
Indicatore	D.A.2.1.PRE % MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori IVAQ
<b>Obiettivo</b>	<b>D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata</b>
Indicatore	D.C.1.1 Limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2021
Indicatore	D.C.1.2 Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale
<b>Obiettivo</b>	<b>D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa</b>
Indicatore	D.D.1.1 Costo pro-capite Assistenza Integrativa 2021
<b>Obiettivo</b>	<b>D.E.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)</b>
Indicatore	D.E.1.1 Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali come da Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa
Indicatore	D.E.1.2 Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021
<b>Obiettivo</b>	<b>D.E.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</b>
Indicatore	D.E.2.1 Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
<b>Obiettivo</b>	<b>D.E.3 Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN</b>
Indicatore	D.E.3.1 Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni
<b>Obiettivo</b>	<b>D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica</b>
Indicatore	D.F.1.1 Costo pro capite per Assistenza Protesica 2021

<b>Obiettivo</b>	<b>D.F.1.1 PRE Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica</b>
Indicatore	D.F.1.1.PRE Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI</b>
Indicatore	D.H.1.1 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)
Indicatore	D.H.1.2 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)
Indicatore	D.H.1.3 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.1.PRE1 Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI</b>
Indicatore	D.H.1.PRE1 Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario
Indicatore	D.H.1.PRE2 PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.2 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative</b>
Indicatore	D.H.2.1 % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.2.1.PRE Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)</b>
Indicatore	D.H.2.1.PRE PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.3 Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale</b>
Indicatore	D.H.3.1 Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti
Indicatore	D.H.3.2 Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso
Allegato	D.H.3.1_2
<b>Obiettivo</b>	<b>D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili</b>
Indicatore	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria

## Obiettivi e Indicatori Area Ospedaliera

<b>Obiettivo</b>	<b>O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)</b>
Indicatore	O.B.1.1 Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa
Indicatore	O.B.1.2 Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari</b>
Indicatore	O.T.1.1 Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021
Indicatore	O.T.1.2 Limite di Costo Dispositivi Medici 2021
Indicatore	O.T.1.3 Limite di Costo IVD 2021
Indicatore	O.T.1.4 Rispetto dei limiti di costo per DPC 2021

<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.1.1.PRE Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP e DDF3</b>
Indicatore	O.T.1.1.PRE % indicatori rispettati
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.1.2.PRE Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM</b>
Indicatore	O.T.1.2.PRE % indicatori rispettati
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.1.3.PRE Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM</b>
Indicatore	O.T.1.3.PRE % indicatori rispettati
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)</b>
Indicatore	O.T.2.1 Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
Indicatore	O.T.2.2 % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
Indicatore	O.T.2.3 % di parti cesarei primari
Indicatore	O.T.2.4 Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.3 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza</b>
Indicatore	O.T.3.1 Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.4 Implementazione della Rete Ematologica Veneta</b>
Indicatore	O.T.4.1 Revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA

## Obiettivi e Indicatori Area Prevenzione e supporto

<b>Obiettivo</b>	<b>P.A.1 Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)</b>
Indicatore	P.A.1.1 Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico
Indicatore	P.A.1.2 Rafforzare le azioni di contact tracing
Indicatore	P.A.1.3 Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19
Indicatore	P.A.1.4 Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60
Indicatore	P.A.1.5 Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer
<b>Obiettivo</b>	<b>P.A.2 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020</b>
Indicatore	P.A.2.1 Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età >= 60 anni
Indicatore	P.A.2.2 Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari
<b>Obiettivo</b>	<b>P.A.3 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni</b>
Indicatore	P.A.3.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)

Indicatore	P.A.3.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
<b>Obiettivo</b>	<b>P.B.1 Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)</b>
Indicatore	P.B.1.1 Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente
<b>Obiettivo</b>	<b>P.C.1 Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro</b>
Indicatore	P.C.1.1 Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive
<b>Obiettivo</b>	<b>P.E.1 Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci</b>
Indicatore	P.E.1.1 % aziende bovine controllate per anagrafe
<b>Obiettivo</b>	<b>P.E.2 Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare</b>
Indicatore	P.E.2.1 Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA
<b>Obiettivo</b>	<b>P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening</b>
Indicatore	P.F.1.1 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening mammografico
Indicatore	P.F.1.2 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening citologico
Indicatore	P.F.1.3 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto
<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.1 Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19</b>
Indicatore	S.A.1.1 Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19
<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.2 Efficienza finanziaria</b>
Indicatore	S.A.2.1 Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)
Indicatore	S.A.2.2 Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato
<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.3 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19</b>
Indicatore	S.A.3.1 Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34
<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.4 Riorganizzazione attività ciclotrone</b>
Indicatore	S.A.4.1 Relazione sulla riorganizzazione dell'attività con il ciclotrone con mantenimento dell'attività di radiofarmacia prodotta in proprio entro il 30/11/2021
<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.5 Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021</b>
Indicatore	S.A.5.1 Rispettare la programmazione CRITE relativa all'assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale

<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.6 Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management</b>
Indicatore	S.A.6.1 Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzati al recupero liste attese
Indicatore	S.A.6.2 Attivazione sistema misurazione di un set di indicatori previsti
<b>Obiettivo</b>	<b>S.A.7 Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR</b>
Indicatore	S.A.7.1 Rispettare dei tempi delle richieste regionali previste dal PNRR
<b>Obiettivo</b>	<b>S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)</b>
Indicatore	S.B.1.1 Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione
<b>Obiettivo</b>	<b>S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO</b>
Indicatore	S.B.2.1 Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali
Indicatore	S.B.2.2 Presentazione dei piani aziendali per l'avvio dell'attività
Indicatore	S.B.2.3 Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO
Indicatore	S.B.2.4 Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazionali SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali
Indicatore	S.B.2.5 Adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite
<b>Obiettivo</b>	<b>S.B.3 Prenotazione online (interoperabilità)</b>
Indicatore	S.B.3.1 Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP
Indicatore	S.B.3.2 Monitoraggio
Indicatore	S.B.3.3 Accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello
Indicatore	S.B.3.4 Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami
<b>Obiettivo</b>	<b>S.B.4 Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito</b>
Indicatore	S.B.4.1 % indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati
Allegato	S.B.4.1 Elenco dei Flussi di competenza per indicatore
<b>Obiettivo</b>	<b>S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza</b>
Indicatore	S.E.1.1 Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione
<b>Obiettivo</b>	<b>S.F.1 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)</b>
Indicatore	S.F.1.1 % richieste puntualmente soddisfatte

## **Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021**

### **Assegnazione, monitoraggio e valutazione**

Ai sensi dell'articolo 2, c. 2, del D.Lgs. n. 171/2016 e dell'art. 13, comma 8 quinquies, della L.R. 56/1994, con DGR n. 958 del 13/07/2021 la Giunta Regionale del Veneto ha assegnato ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2021.

Con il presente vademecum si precisano la metodologia che verrà adottata per la misurazione degli indicatori e i criteri di verifica degli obiettivi.

Come negli anni precedenti, per ciascun obiettivo è stata individuata una struttura dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto che ha la responsabilità di proporre alla Giunta Regionale l'obiettivo, nonché gli indicatori di misurazione e il livello finale di raggiungimento.

Con l'effettivo avvio da parte di Azienda Zero dell'esercizio delle funzioni ad essa trasferite, ai sensi dell'articolo 2 della L.R. n. 19/2016, le unità operative di Azienda Zero forniranno all'Area Sanità e Sociale il supporto tecnico necessario al monitoraggio periodico e alla misurazione degli indicatori.

Pertanto, per numerosi obiettivi sono indicati due soggetti: un responsabile, appartenente all'Area Sanità e Sociale, e un "referente tecnico", appartenente ad Azienda Zero.

Anche per quanto riguarda il coordinamento delle fasi di assegnazione, monitoraggio e valutazione, vi saranno due riferimenti:

- la Direzione regionale Risorse Strumentali SSR, presso l'Area Sanità e Sociale, manterrà la gestione delle comunicazioni e dei rapporti con la Giunta Regionale, il Consiglio Regionale e gli altri organi istituzionali;
- l'U.O. Controllo di Gestione e Adempimenti LEA di Azienda Zero si occuperà degli aspetti tecnico-operativi dei monitoraggi infra-annuali e dei rapporti con le Aziende Sanitarie.

In entrambi i casi, ogni comunicazione relativa agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi va indirizzata alla mail [obiettivi.dg@regione.veneto.it](mailto:obiettivi.dg@regione.veneto.it).

## Indice delle strutture responsabili e referenti

L'elenco seguente riporta, per ciascuna unità operativa coinvolta, sia dell'Area Sanità e Sociale della Regione che di Azienda Zero, il nome del responsabile e la mail di riferimento.

### UO Responsabili – Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

Struttura	Responsabile	Mail
DIR RISORSE STRUMENTALI SSR U.O. Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti	Bonin Mauro Santone Maurizio	risorsestrumentaliSSR@regione.veneto.it prog.finsanita@regione.veneto.it
DIR PROGRAMMAZIONE SANITARIA - LEA U.O. Cure primarie U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria	Pilerci Claudio ----- ----- -----	programmazione sanitaria@regione.veneto.it cureprimarie@regione.veneto.it assistenza.ambulatoriale@regione.veneto.it salute.mentale@regione.veneto.it
DIR EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA	Fattori Paolo	ediliziaospedaliera@regione.veneto.it
FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI	Scroccaro Giovanna	assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it
DIR PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA U.O. Prevenzione - sanità pubblica U.O. Sanità Animale e farmaci veterinari U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive U.O. Sicurezza alimentare	Russo Francesca Mongillo Michele Brichese Michele ----- Amorena Alessandra	prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it sanitapubblica@regione.veneto.it saia@regione.veneto.it ----- sicurezza.alimentare@regione.veneto.it
DIR PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR U.O. Monitoraggio e controllo attuazione PSSR	Vigna Silvia	monitoraggioPSSR@regione.veneto.it

### UO Referenti tecnici – Azienda Zero

Struttura	Responsabile	Mail
UOC Sistemi Informativi	Giobelli Luca	sistemi.informativi@azero.veneto.it
UOC Controllo di Gestione e Adempimenti LEA	Nicola Stefano	controllo.gestione@azero.veneto.it
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri	Zorzi Manuel	ser@azero.veneto.it
UOC HTA	Cavazzana Anna	hta@azero.veneto.it
UOC Servizio Economico Finanziario	Stramare Edda	ecofin@azero.veneto.it
UOC Governo Clinico-Assistenziale	Saia Mario	governo.clinico@azero.veneto.it
UOC Screening e valutazione di impatto sanitario	Narne Elena	screening.vis@azero.veneto.it
UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-sanitarie	Saia Mario	analisi@azero.veneto.it
UOC Rischio Clinico	Kusstatscher Stefano	rischio.clinico@azero.veneto.it
UOC Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie	Marcato Giorgia	ispezioni@azero.veneto.it
UOC Affari Generali	Rauli Cristina	affarigenerali@azero.veneto.it

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.1**      **Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)**

**Indicatore**      **P.A.1.1**      **Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico**

**Soglia**      Soglie da DGR 727/2021, DGR 805/2021 e s.m.i.      **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,5	3,5	

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Le Aziende dovranno garantire un numero minimo di tamponi ogni 100.000 abitanti, in rapporto allo scenario epidemiologico.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se verranno garantiti i valori minimi richiesti in funzione dello scenario epidemiologico.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati. Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Fonte: Sistema informativo regionale COVID-19
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.1**      **Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)**

**Indicatore**      **P.A.1.2**      **Rafforzare le azioni di contact tracing**

**Soglia**       $\geq 70\%$       **PRE-REQUISITO**      **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Per ogni caso di COVID-19 dev'essere condotta un'inchiesta epidemiologica con identificazione dei contatti al fine di interrompere le catene di trasmissione dell'infezione. La verifica si baserà sui dati inseriti nel sistema informativo regionale.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se per almeno il 70% dei casi di COVID-19 diagnosticati nel periodo 01.07.2021 - 31.12.2021 è presente nel sistema informativo regionale almeno un contatto identificato. Si precisa che la soglia potrà essere ridefinita a seguito di nuove indicazioni nazionali o regionali.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati. Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Fonte: Sistema informativo regionale COVID-19 (N° casi COVID-19 per cui è identificato almeno un contatto / N° casi COVID-19) *100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.1**      **Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)**

**Indicatore**      **P.A.1.3**      **Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19**

**Soglia**       $\geq 60\%$       **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Per i casi di COVID-19 registrati nel sistema informativo regionale come sintomatici deve essere riportata la data di inizio dei sintomi. La verifica si baserà sui dati inseriti nel sistema informativo regionale.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se la data di inizio dei sintomi è disponibile per almeno il 60% dei nuovi casi di COVID-19 sintomatici diagnosticati nel periodo 01.01.2021 - 31.12.2021
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Sistema informativo regionale COVID-19 (N° nuovi casi COVID-19 sintomatici per cui è riportata una data di inizio sintomi / (N° nuovi casi COVID-19 sintomatici o per cui non è stata indicata né la presenza di sintomi né l'asintomaticità) *100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.1**      **Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)**

**Indicatore**      **P.A.1.4**      **Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60**

**Soglia**       $\geq 80\%$       **PRE-REQUISITO**      **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Gli obiettivi di copertura con ciclo completo di vaccinazione per la popolazione di età $\geq 60$ anni sono almeno l'80% per ciascuna fascia di età decennale (obiettivo minimo perseguibile)
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'Anagrafe Vaccinale Unica Regionale consente il monitoraggio in tempo reale dell'andamento della campagna vaccinale anti COVID, per età anagrafica e stato vaccinale. L'Anagrafe (SIAVr) è l'unica fonte per il calcolo delle coperture.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se al 31/12/2021 almeno l'80% della popolazione vaccinabile over 60, per ciascuna fascia di età decennale, ha ricevuto il ciclo completo di vaccinazione.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Fonte: Sistema informativo regionale COVID-19 - Anagrafe Vaccinale Unica Regionale Soggetti vaccinati con ciclo completo per ciascuna fascia di età decennale / soggetti residenti
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.1**      **Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)**

**Indicatore**      **P.A.1.5**      **Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer**

**Soglia**      ≥30%      **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'Azienda è adempiente se per almeno il 30% delle fiale consegnate e utilizzate sono state ricavate 7 dosi di vaccino Comirnaty-BioNTech/Pfizer al posto di 6
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se l'indicatore è uguale almeno al 30%
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	% utilizzo della 7° dose = [dosi vaccino Comirnaty-BioNTech/Pfizer somministrate - (fiale Comirnaty-BioNTech/Pfizer consegnate * 6)]/fiale consegnate*100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.2**      **Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020**

**Indicatore**      **P.A.2.1**      **Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età >= 60 anni**

**Soglia**      ≥75%

**PRE-REQUISITO**      No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Si
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C .SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Gli obiettivi di copertura per la popolazione di età >= 60 anni sono il 75% (obiettivo minimo perseguibile) e il 95% (obiettivo ottimale).
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso</b>	I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se raggiunge la soglia del 75%.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Anagrafe Vaccinale Unica Regionale [N° vaccinati nelle coorti/(N° nati delle coorti - N° soggetti non vaccinabili)] *100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.2**      **Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020**

**Indicatore**      **P.A.2.2**      **Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari**

**Soglia**      ≥60%      **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Si
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C .SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'obiettivo di copertura per gli operatori sanitari è 60% (obiettivo minimo perseguibile). I soggetti considerati per il calcolo dell'indicatore sono forniti dalla Direzione Risorse strumentali SSR ed è limitato agli operatori di interesse sanitario, inclusi gli operatori con rapporto di natura convenzionale.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di</b>	I valori stimati, calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale, saranno restituiti nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se raggiunge la soglia del 60%.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Anagrafe Vaccinale Unica Regionale [N° operatori sanitari vaccinati/(N° operatori sanitari-N° operatori non vaccinabili)] *100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.3**      **Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni**

**Indicatore**      **P.A.3.1**      **Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)**

**Soglia**      ≥95%      **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C .SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	I dati della rilevazione annuale ministeriale consentono di valutare i tassi di copertura vaccinale a 24 mesi per i cicli completi. Quale misura dell'attività, si identifica la copertura vaccinale "corretta" o meglio il "Tasso di copertura vaccinale aggiustato" che non considera i soggetti "non vaccinabili". Per soggetti non vaccinabili si intendono: italiani domiciliati all'estero, nomadi, senza fissa dimora e non rintracciabili. La coorte presa in esame è quella dei nati nel 2019.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di</b>	I valori stimati, calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale, saranno restituiti nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è pienamente adempiente se rispetta almeno il valore soglia.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Rilevazione attività vaccinale [Numero di vaccinati nella coorte/(Numero di nati della coorte - Soggetti non vaccinabili)]*100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali*

**Obiettivo**      **P.A.3**      **Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni**

**Indicatore**      **P.A.3.2**      **Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)**

**Soglia**      ≥95%      **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo delle malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C .SISTEMI INFORMATIVI
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	I dati della rilevazione annuale ministeriale consentono di valutare i tassi di copertura vaccinale a 24 mesi per i cicli completi. Quale misura dell'attività, si identifica la copertura vaccinale "corretta" o meglio il "Tasso di copertura vaccinale aggiustato" che non considera i soggetti "non vaccinabili". Per soggetti non vaccinabili si intendono: italiani domiciliati all'estero, nomadi, senza fissa dimora e non rintracciabili. La coorte presa in esame è quella dei nati nel 2019.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di</b>	I valori stimati, calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale, saranno restituiti nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è pienamente adempiente se rispetta almeno il valore soglia.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Rilevazione attività vaccinale [Numero di vaccinati nella coorte/(Numero di nati della coorte - Soggetti non vaccinabili)]*100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati*

**Obiettivo**      **P.B.1**      **Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)**

**Indicatore**      **P.B.1.1**      **Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente**

**Soglia**      ≥95%

**PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

**Livello di Assistenza**      PREVENZIONE - B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

**Adempimento LEA**      U) prevenzione

**Misure di contenimento COVID 19**      No

**Struttura regionale Responsabile**      U.O. Prevenzione - sanità pubblica

**Struttura di azienda Zero a supporto**      U.O.C. Screening e valutazione di impatto sanitario

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica**      L'indicatore intende misurare il livello di raggiungimento e realizzazione del volume di attività programmato di controlli, sugli obblighi delle imprese e di conformità dei prodotti, coadiuvato da attività di formazione del personale incaricato per le attività di controllo e informazione ai cittadini e ai lavoratori.

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso**      I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?**      L'Azienda è adempiente se viene raggiunto l'obiettivo ottimale del 100%. Il punteggio conseguito è differenziato in base ai seguenti scaglioni di raggiungimento: <95% (0,0 punti); >=95% (0,5 punti).

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica**      Nessuno

**Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico**      La metodologia utilizzata per la verifica dell'indicatore è la seguente:  

$$\% = \left[ \left( \frac{\text{Numero di imprese controllate}}{\text{numero imprese programmate}} + \frac{\text{numero "controlli su prodotto" effettuati}}{\text{numero "controlli su prodotto" programmati}} \right) / 2 \times 100 \right] \times 0,7 + \left( \frac{\text{numero corsi formativi realizzati}}{\text{numero corsi formativi programmati}} \right) \times 100 \times 0,2 + \left( \frac{\text{numero eventi informativi realizzati}}{\text{numero eventi informativi programmati}} \right) \times 100 \times 0,1.$$

**Allegati**      Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro*

**Obiettivo**      **P.C.1**      **Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro**

**Indicatore**      **P.C.1.1**      **Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive**

**Soglia**      ≥15%      **PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Prevenzione - sanità pubblica
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indicatore valuta l'attività di controllo effettuata dai Dipartimenti di Prevenzione sulle aziende del territorio di competenza, stimata in base al numero dei lavoratori potenzialmente a rischio appartenenti alle aziende oggetto di controllo.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso</b>	I valori dell'indicatore saranno calcolati per tutte le Aziende ULSS a livello centrale e saranno restituiti alle Aziende ULSS nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se viene raggiunto l'obiettivo ottimale del 15%.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Numeratore: report periodico dei controlli trasmesso dalle Aziende ULSS. Denominatore: database Flussi INAIL-Regioni (ultimo aggiornamento disponibile) (N° lavoratori delle aziende controllate / N° lavoratori delle aziende presenti nel territorio di competenza) *100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori*

**Obiettivo**      **P.E.1**      **Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci**

**Indicatore**      **P.E.1.1**      **% aziende bovine controllate per anagrafe**

**Soglia**       $\geq 3\%$  delle aziende

**PRE-REQUISITO**      **No**

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Sanità Animale e farmaci veterinari
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Nella banca dati zootecnica sono presenti tutte le aziende controllabili. Il Servizio Veterinario si avvale di una specifica check list di controllo. Ogni controllo eseguito viene registrato in banca dati che rappresenta anche lo strumento di verifica.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso</b>	Dalla banca dati zootecnica è possibile verificare l'andamento dell'attività.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è pienamente adempiente se il valore è uguale o supera la soglia.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Numero di aziende controllate/numero di aziende totali Fonte: Banca Dati Nazionale - Anagrafe Zootecnica
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori*

**Obiettivo**      **P.E.2**    **Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare**

**Indicatore**      **P.E.2.1**    **Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA**

**Soglia**      >1      **PRE-REQUISITO**      **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Sicurezza alimentare
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Ogni Servizio SIAN e SIAOA deve eseguire almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione da parte del Responsabile di Servizio o suo delegato) nel corso dell'esecuzione di un controllo ufficiale su un operatore del settore alimentare svolto da un collaboratore (dirigente o TdP). I controlli ufficiali sono quelli eseguiti conformemente all'art. 14 del regolamento (UE) 2017/625. La verifica di efficacia deve essere eseguita secondo la specifica procedura adottata dal Dipartimento di Prevenzione o dal Dipartimento funzionale della Sicurezza alimentare ed essere documentata.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	La procedura per la verifica di efficacia e il documento relativo all'esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale, eseguita nell'anno in corso da parte di ciascun servizio (SIAN e SIAOA), deve essere trasmessa all'U.O. sicurezza alimentare entro il termine indicato dalla nota di rendicontazione.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Trasmissione del documento attestante l'esecuzione della verifica di efficacia in tempo reale all'U.O. Sicurezza alimentare nei tempi richiesti con specifica nota di rendicontazione.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Procedura adottata dal Dipartimento di Prevenzione o dal Dipartimento funzionale della Sicurezza alimentare sulla verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali; documento attestante l'esecuzione della verifica di efficacia in tempo reale (verbale, scheda di registrazione attività, ecc.) .
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Rendicontazione richiesta alle AULSS con nota dall'UO sicurezza alimentare.
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi*

**Obiettivo**      **P.F.1**      **Rispetto degli standard di copertura per screening**

**Indicatore**      **P.F.1.1**      **Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico**

**Soglia**      ≥65%

**PRE-REQUISITO**      No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indicatore è un tasso di copertura dello screening mammografico, rappresentato dal rapporto tra la popolazione aderente allo screening mammografico sulla popolazione bersaglio.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso</b>	I valori stimati saranno restituiti nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è pienamente adempiente se il valore raggiunge o supera la soglia del 65%. Sono previste soglie intermedie, con attribuzione di un punteggio parziale al raggiungimento di valori di copertura pari almeno al 60% ovvero: ≥ 60% e <63% punti 0,7 ≥63% e <65% punti 0,9
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso DHW Qlik Screening. Formula: $\text{Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella} / [\text{donne residenti (50-69)} / 2 - \text{escluse prima dell'invito}] * 100$
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi*

**Obiettivo**      **P.F.1**      **Rispetto degli standard di copertura per screening**

**Indicatore**      **P.F.1.2**      **Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico**

**Soglia**      ≥60%

**PRE-REQUISITO**      No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indicatore è un tasso di copertura dello screening citologico, rappresentato dal rapporto tra la popolazione aderente allo screening citologico sulla popolazione bersaglio.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso</b>	I valori stimati saranno restituiti nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è pienamente adempiente se il valore raggiunge o supera la soglia del 60%. Sono previste soglie intermedie, con attribuzione di un punteggio parziale al raggiungimento di valori di copertura pari almeno al 50% ovvero: ≥ 50% e <55% punti 0,7 ≥55% e <60% punti 0,9
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso DHW Qlik Screening. Formula:(Persone in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina + persone in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3) / [donne residenti (25-64) / 3 - escluse prima dell'invito] * 100
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREVENZIONE**      *F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi*

**Obiettivo**      **P.F.1**      **Rispetto degli standard di copertura per screening**

**Indicatore**      **P.F.1.3**      **Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto**

**Soglia**      ≥60%

**PRE-REQUISITO**      No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PREVENZIONE - F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
<b>Adempimento LEA</b>	U) prevenzione
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Determinanti di salute e controllo malattie infettive
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indicatore è un tasso di copertura dello screening coloretale, rappresentato dal rapporto tra la popolazione aderente allo screening coloretale sulla popolazione bersaglio.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso</b>	I valori stimati saranno restituiti nel corso degli incontri di monitoraggio infra-annuale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è pienamente adempiente se il valore raggiunge o supera la soglia del 60%. Sono previste soglie intermedie, con attribuzione di un punteggio parziale al raggiungimento di valori di copertura pari almeno al 50% ovvero: ≥ 50% e <55% punti 0,7 ≥55% e <60% punti 0,9
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso DHW Qlik Screening. Formula: $\frac{\text{Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto}}{[\text{persone residenti (50-69)}] / 2 - \text{esclusi prima dell'invito}} * 100$
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **ASSISTENZA**      *A Assistenza sanitaria di base*  
**DISTRETTUALE**

**Obiettivo**      **D.A.1 Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale**

**Indicatore**      **D.A.1.1 Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA**

**Soglia**      Si entro i termini previsti      **PRE-REQUISITO**      **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

**Livello di Assistenza**      ASSISTENZA DISTRETTUALE - A Assistenza sanitaria di base

**Adempimento LEA**      nd

**Misure di contenimento COVID 19**      Si

**Struttura regionale Responsabile**      U.O. Cure primarie

**Struttura di azienda Zero a supporto**

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica**      La scheda di relazione trimestrale USCA permette la raccolta di informazioni sulla composizione, il personale coinvolto, le attività e i costi sostenuti per ciascuna USCA.

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende**      Ogni Distretto provvederà, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna USCA comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte (relative ai trimestri dell'anno 2021) redatta utilizzando il format fornito dalla Regione entro i termini previsti.

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?**      L'Azienda è adempiente se invia entro i termini previsti i report trimestrali, redatti utilizzando il format fornito dalla Regione.

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica**      L'Azienda dovrà restituire all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e all'UO Cure primarie il report attività/costi debitamente compilato entro il 15/05/2021 per il trimestre gennaio-marzo, entro il 20/08/2021 per il trimestre aprile-giugno, entro il 03/11/2021 per il trimestre luglio-settembre ed entro il 31/01/2022 per il trimestre ottobre-dicembre 2021, anche in formato Excel.

**Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico**      Dati dichiarati dalle Aziende ULSS.  
L'indicatore è di tipo qualitativo (Si/No)

**Allegati**      Nessuno

LEA **ASSISTENZA** *A Assistenza sanitaria di base*  
**DISTRETTUALE**

**Obiettivo** D.A.2 **Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata**

**Indicatore** D.A.2.1 **% MGI con valore IVAQ sufficiente ( $\geq 0,65$ )**

**Soglia** 100%

**PRE-REQUISITO** Sì

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - A Assistenza sanitaria di base
<b>Adempimento LEA</b>	Nd
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indice IVAQ è l'Indice di Valutazione di Accuratezza e Qualità del dato della scheda sanitaria individuale informatizzata dei medici di medicina generale. Si tratta di un obiettivo inserito sia nell'accordo integrativo sull'informatizzazione (DGR n.2172/2017) che nel contratto di esercizio delle MGI.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se il valore IVAQ per ogni singola MGI $\geq 0,65$ .
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Cruscotto IVAQ - Consorzio Arsenal / UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero N. MGI con valore IVAQ sufficiente ( $\geq 0,65$ ) / N. MGI attive nell'AULSS (Per il calcolo, sarà preso l'ultimo valore dell'IVAQ trasmesso dal MMG in MGI)
<b>Allegati</b>	Nessuno

**Obiettivo** D.A.2.1.PRE **Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione**

**Indicator** D.A.2.1.PRE **% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori IVAQ**

**Soglia** 100%

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - A Assistenza sanitaria di base
------------------------------	--

<b>Adempimento LEA</b>	nd
------------------------	----

<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
---	--------------------

<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	Sistemi Informativi
---	---------------------

<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	In riferimento al "Corretto invio dei valori dell'IVAQ conseguiti da tutti i MMG", si precisa che dovranno essere effettuati almeno 2 invii del valore da parte di tutti i MMG aderenti all'Accordo regionale di cui alla DGR n. 2172/2017, attraverso il software di cartella di ogni MMG e inviato su apposita piattaforma messa a disposizione dal Consorzio Arsenal / UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero.
---	--

<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Nessuno
--	---------

<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se saranno effettuati almeno 2 invii del valore da parte dei MMG aderenti all'Accordo regionale secondo la seguente modalità: <ul style="list-style-type: none"> <li>• almeno n. 1 invio dall'01/01/2021 ed entro il 30/06/2021 (o entro 15 gg dal ricevimento del presente documento);</li> <li>e</li> <li>• almeno n. 1 invio dall'01/07/2021 ed entro il 31/12/2021.</li> </ul>
--	---

<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
--	---------

<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Cruscotto IVAQ - Consorzio Arsenal / UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero N. MMG aderenti all'Accordo con almeno n. 2 invii (con le modalità sopradescritte) / N. MMG aderenti all'accordo (Per il calcolo, saranno considerati i MMG attivi al 31/12/2021).
---	---

<b>Allegati</b>	Nessuno
-----------------	---------

LEA ASSISTENZA C Assistenza farmaceutica

DISTRETTUALE

**Obiettivo** D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata

**Indicatore** D.C.1.1 Limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2021

**Soglia** ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - C Assistenza farmaceutica
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 Marzo 2021 e s.m.i. per farmaceutica convenzionata. La verifica prenderà in considerazione i valori di conto economico ma terrà conto anche della spesa ricavata dai flussi della farmaceutica pertinenti.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore con l'andamento dei conti economici e dei flussi farmaceutici. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite assegnato.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende sanitarie dovranno trasmettere, ad Azienda Zero, per le fattispecie rientranti nella spesa per beni sanitari, una relazione trimestrale giustificativa degli eventuali scostamenti. La relazione dovrà focalizzarsi principalmente su elementi informativi non già desumibili dai flussi della farmaceutica già in possesso di Regione; Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto dettagliato comprensivo dei propri approfondimenti in seguito a ciascun monitoraggio della spesa dei beni sanitari, come sopra cadenzato.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso consumi farmaci, Modelli CE
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA ASSISTENZA C Assistenza farmaceutica**  
**DISTRETTUALE**

**Obiettivo D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata**

**Indicatore D.C.1.2 Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale**

**Soglia** ≤ media tre migliori performance del 2020 (solo ULSS Veneto) **PRE-REQUISITO** **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - C Assistenza farmaceutica
<b>Adempimento LEA</b>	NSG indicatore D14C
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà l'analisi del consumo degli antibiotici sistemici in ambito territoriale valutati come farmaci sentinella /traccianti per 1000 abitanti. La verifica prenderà in considerazione i consumi derivanti dai flussi della farmaceutica pertinenti.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è adempiente se il valore dell'indicatore è inferiore al valore medio delle tre migliori performance aziendali della Regione nell'anno 2020 (solo ULSS)
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Rapporto tra consumo di antibiotici in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione pesata residente nell'ULSS
<b>Allegati</b>	nessuno

LEA ASSISTENZA D Assistenza Integrativa

DISTRETTUALE

**Obiettivo** D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa

**Indicatore** D.D.1.1 Costo pro-capite Assistenza Integrativa 2021

**Soglia** ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - D Assistenza Integrativa
<b>Adempimento LEA</b>	nd
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 Marzo 2021 e s.m.i. relativa al costo pro capite assistenza Integrativa. La verifica prenderà in considerazione la spesa ricavata dai flussi/cruscotti nonché dai conti economici pertinenti.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite assegnato
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende sanitarie dovranno trasmettere, ad Azienda Zero, per le fattispecie rientranti nella spesa per beni sanitari, una relazione trimestrale giustificativa degli eventuali scostamenti. La relazione dovrà focalizzarsi principalmente su elementi informativi non già desumibili dai flussi della farmaceutica già in possesso della Regione; Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto dettagliato comprensivo dei propri approfondimenti in seguito a ciascun monitoraggio della spesa dei beni sanitari, come sopra cadenzato.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **ASSISTENZA**      *E Assistenza specialistica ambulatoriale*  
**DISTRETTUALE**

**Obiettivo**      **D.E.1**      **Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)**

**Indicatore**      **D.E.1.1**      **Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa**

**Soglia**      100% di quanto previsto dal piano      **PRE-REQUISITO**      **No**

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AOUIVR</b>	<b>IOV</b>
	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	10,0	10,0	12,0

**Livello di Assistenza**      ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica ambulatoriale

**Adempimento LEA**      E) mantenimento erogazione dei lea

**Misure di contenimento COVID 19**      Si

**Struttura regionale Responsabile**      U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie

**Struttura di azienda Zero a supporto**      U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio-sanitarie

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica**      Adozione e applicazione dei provvedimenti di aggiornamento del Piano Operativo recupero delle liste d'attesa (DGR n. 759 del 15 giugno 2021 e DGR n. 1061 del 3 agosto 2021).  
Azienda Zero effettua il monitoraggio dei Piani Operativi Aziendali e del loro rispetto.

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende**

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?**      **L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo adempimento da parte delle Aziende sanitarie di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa.**

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica**      Le Aziende del SSR devono procedere all'approvazione del proprio Piano Operativo Aziendale attuativo e alla trasmissione dello stesso ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale. Le Aziende Ospedaliere e lo IOV- IRCCS dovranno formulare i loro Piani in accordo con le Aziende Ulss di riferimento.  
**Le Aziende del SSR entro il 28/02/2020 dovranno inviare ai competenti uffici (obiettivi.dg@regione.veneto.it ; analisi@azero.veneto.it; programmazione sanitaria@regione.veneto.it) una relazione di monitoraggio a consuntivo sull'attuazione di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale.**

**Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico**

**Allegati**      Nessuno

LEA ASSISTENZA E Assistenza specialistica ambulatoriale  
DISTRETTUALE

Obiettivo D.E.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

Indicatore D.E.1.2 Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021

Soglia 100% da luglio 2021

PRE-REQUISITO No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	5,0	5,0	6,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica ambulatoriale
<b>Adempimento LEA</b>	E) mantenimento erogazione dei lea
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Si
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio-sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Raggiungimento dei medesimi volumi di prestazioni mensili, garantiti precedentemente all'epidemia, con riferimento all'esercizio 2019, come previsto dai provvedimenti di aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste d'attesa (DGR n. 759 del 15 giugno 2021 e DGR n. 1061 del 3 agosto 2021). Azienda Zero effettua il monitoraggio dei livelli di prestazioni mensili conseguiti.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo raggiungimento, a partire dal mese di luglio 2021, dei volumi di prestazioni mensili garantiti nell'esercizio 2019, oppure con l'evidenza di un trend di crescita costante e con un volume totale di prestazioni del secondo semestre 2021 pari ad almeno il 90% del volume del secondo semestre 2019.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso SPS (caricato dalle Aziende Sanitarie); si considerano le prestazioni erogate in strutture pubbliche ad eccezione della branca di laboratorio, <b>escludendo</b> le attività libero professionali e di screening, individuate secondo le seguenti tipologie erogazione: 02. Prestazioni rientranti nei LEA erogate in libera professione intra moenia; 03. Prestazioni rientranti nei LEA erogate in libera professione dalle strutture e professionisti privati accreditati; 12. Prestazione erogata nell'ambito di programmi di screening autorizzati dalla regione (D.L.vo n.124/98); 15. Prestazioni erogate nell'ambito di screening PFAS autorizzati dalla Regione.
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **ASSISTENZA**      *E Assistenza specialistica ambulatoriale*  
**DISTRETTUALE**

**Obiettivo**      **D.E.2**      **Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale**

**Indicatore**      **D.E.2.1**      **Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B**

**Soglia**      >95%      **PRE-REQUISITO**      **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica ambulatoriale
<b>Adempimento LEA</b>	NSG indicatore D10Z
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio-sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Si valuta la percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve).
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	La UOC “Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie” provvede a trasmettere alle Aziende Sanitarie e alla UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie la reportistica di monitoraggio con cadenza almeno trimestrale.
<b>A quali condizioni l’indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L’obiettivo si ritiene soddisfatto se almeno il 95% delle prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) è erogata nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (≤ 10gg)
<b>Documenti che l’azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Eventuali relazioni integrative su richiesta della struttura responsabile.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l’indicatore è numerico</b>	Flusso SPS (caricato dalle Aziende Sanitarie) Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle della classe B sottoindicate per i primi accessi, <b>in garantita G1</b> Per quanto concerne il calcolo dell’indicatore, si selezionano i codici del nomenclatore delle seguenti prestazioni: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica.
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA ASSISTENZA E Assistenza specialistica ambulatoriale  
DISTRETTUALE**

**Obiettivo D.E.3 Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN**

**Indicatore D.E.3.1 Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni**

Soglia valore compreso tra 40 ‰ e 60‰

**PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - Assistenza specialistica ambulatoriale
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Ispezioni sanitarie e socio-sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Monitoraggio a cura di Azienda Zero che provvede a trasmettere alla UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie una reportistica con cadenza almeno trimestrale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Se l'indicatore è inferiore al 30 per mille o superiore al 70 per mille il punteggio assegnato è zero; se è compreso tra 30 e 40 o compreso tra 60 e 70 per mille il punteggio assegnato è 0,25; se ricade nell'intervallo tra 40 e 60 il punteggio raggiunto è uguale a 0,5.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	L'indicatore è calcolato sul totale delle RM articolari erogate ai propri assistiti di età superiore ai 65 anni, inclusa la mobilità extra regione (ultimo anno disponibile).
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA ASSISTENZA F Assistenza Protesica**  
**DISTRETTUALE**

**Obiettivo D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica**

**Indicatore D.F.1.1 Costo pro capite per Assistenza Protesica 2021**

Soglia ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

**PRE-REQUISITO** Sì

Punti

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - F Assistenza Protesica
<b>Adempimento LEA</b>	nd
<b>Linea del PSSH 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 Marzo 2021 e s.m.i. : costo procapite pesato per assistenza protesica. La verifica prenderà in considerazione la spesa ricavata dai flussi/cruscotti nonché dai conti economici pertinenti.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite assegnato.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende sanitarie dovranno trasmettere, ad Azienda Zero, per le fattispecie rientranti nella spesa per beni sanitari, una relazione trimestrale giustificativa degli eventuali scostamenti. La relazione dovrà focalizzarsi principalmente su elementi informativi non già desumibili dai flussi della farmaceutica già in possesso di Regione; Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto dettagliato comprensivo dei propri approfondimenti in seguito a ciascun monitoraggio della spesa dei beni sanitari, come sopra cadenzato.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa.
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREREQUISITI**                      **PREREQUISITI**

**Obiettivo**      **D.F.1.1.PRE Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica**

**Indicatore**      **D.F.1.1.PRE      Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)**

**Soglia**              **≥ 95%**

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indicatore è calcolato come percentuale. Numeratore: somma spesa per ausili (comprensiva dei servizi aggiuntivi) erogati in regime di assistenza protesica e per ausili monouso erogati in regime di assistenza integrativa inviata nel flusso Assistenza Protesica Denominatore: somma spesa per ausili (comprensiva dei servizi aggiuntivi) erogati in regime di assistenza protesica e per ausili monouso erogati in regime di assistenza integrativa estratta dai Cruscotti Regionali AP e AIR.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	La verifica riguarderà il rispetto della soglia. La tempistica di compilazione del flusso AP e dei Cruscotti AP e AIR da parte delle Aziende Sanitarie è stabilita in 60 giorni dalla fine del mese di competenza ai sensi della Nota Regionale Prot. n. 293990 del 29.07.2016 e della nota di Azienda Zero Prot. n. 5126 del 07.03.2019.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il prerequisite si ritiene soddisfatto se l'indicatore raggiunge almeno la soglia del 95%
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	In occasione degli incontri DG, le Aziende sanitarie dovranno motivare ad Azienda Zero gli eventuali scostamenti e provvedere alle eventuali correzioni nei flussi. Azienda Zero informerà delle principali criticità la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA ASSISTENZA H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale  
DISTRETTUALE**

**Obiettivo D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI**

**Indicatore D.H.1.1 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)**

**Soglia** ≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)

**PRE-REQUISITO** Sì

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
<b>Adempimento LEA</b>	S) assistenza domiciliare
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	9. l'integrazione socio-sanitaria
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Servizio epidemiologico regionale e registri
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Sarà misurato il tasso di pazienti in cure domiciliari che hanno ricevuto come massima intensità di assistenza una presa in carico domiciliare di 1° livello (calcolato secondo le regole del Ministero)
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle</b>	Il Cruscotto ADI (pagina ADI – sezione obiettivi aziendali) e il Report Indicatori LEA e NSIS Flussi Territoriali (pagina Indicatori DG) sul Datawarehouse regionale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il tasso dovrà essere uguale o superiore a 4 x 1.000 abitanti (punteggio parziale se uguale o superiore a 2,6 x 1.000).
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Flusso ADI, Popolazione ISTAT.</p> <p>Per ogni presa in carico (PIC) viene calcolato il coefficiente di intensità assistenziale (CIA).</p> <p>CIA = GEA / GdC, dove</p> <p>GEA (Giornate Effettive di Assistenza) è uguale al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da un qualunque operatore dall'apertura dell'evento (anche in anni precedenti)</p> <p>GdC (Giorni di Cura) è il numero di giorni trascorsi dalla data del primo accesso dell'evento (anche in anni precedenti) alla data dell'ultimo accesso.</p> <p>Verranno conteggiati gli assistiti che hanno avuto nell'anno la PIC di massima intensità di livello CIA 1 = 0,14 – 0,30.</p> <p>Indicatore=(N assistiti con PIC massima di CIA 1/Popolazione residente ) * 1.000</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA ASSISTENZA H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale  
DISTRETTUALE**

**Obiettivo D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI**

**Indicatore D.H.1.2 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)**

**Soglia** ≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)

**PRE-REQUISITO** Sì

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
<b>Adempimento LEA</b>	S) assistenza domiciliare
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	9. l'integrazione socio-sanitaria
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Servizio epidemiologico regionale e registri
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Sarà misurato il tasso di pazienti in cure domiciliari che hanno ricevuto come massima intensità di assistenza una presa in carico domiciliare di 2° livello (calcolato secondo le regole del Ministero)
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di</b>	Il Cruscotto ADI (pagina ADI – sezione obiettivi aziendali) e il Report Indicatori LEA e NSIS Flussi Territoriali (pagina Indicatori DG) sul Datawarehouse regionale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il tasso dovrà essere uguale o superiore a 2,5 x 1.000 abitanti (punteggio parziale se uguale o superiore a 1,9 x 1.000).
<b>Documenti che l'azienda deve</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Flusso ADI, Popolazione ISTAT.</p> <p>Per ogni presa in carico PIC) viene calcolato il coefficiente di intensità assistenziale (CIA).</p> <p>CIA = GEA / GdC, dove</p> <p>GEA (Giornate Effettive di Assistenza) è uguale al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da un qualunque operatore dall'apertura dell'evento (anche in anni precedenti)</p> <p>GdC (Giorni di Cura) è il numero di giorni trascorsi dalla data del primo accesso dell'evento (anche in anni precedenti) alla data dell'ultimo accesso.</p> <p>Verranno conteggiati gli assistiti che hanno avuto nell'anno la PIC di massima intensità di livello CIA 2 = 0,31 - 0,50.</p> <p>Indicatore=(N assistiti con PIC massima di CIA 2/Popolazione residente ) * 1.000</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA ASSISTENZA H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale  
DISTRETTUALE**

**Obiettivo D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI**

**Indicatore D.H.1.3 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)**

**Soglia** ≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)

**PRE-REQUISITO** Sì

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
<b>Adempimento LEA</b>	S) assistenza domiciliare
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	9. l'integrazione socio-sanitaria
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Servizio epidemiologico regionale e registri
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Sarà misurato il tasso di pazienti in cure domiciliari che hanno ricevuto come massima intensità di assistenza una presa in carico domiciliare di 3° livello (calcolato secondo le regole del Ministero)
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di</b>	Il Cruscotto ADI (pagina ADI – sezione obiettivi aziendali) e il Report Indicatori LEA e NSIS Flussi Territoriali (pagina Indicatori DG) sul Datawarehouse regionale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il tasso dovrà essere uguale o superiore a 2 x 1.000 abitanti (punteggio parziale se uguale o superiore a 1,5 x 1.000).
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Flusso ADI, Popolazione ISTAT.</p> <p>Per ogni presa in carico (PIC) viene calcolato il coefficiente di intensità assistenziale (CIA).</p> <p><math>CIA = GEA / GdC</math>, dove</p> <p>GEA (Giornate Effettive di Assistenza) è uguale al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da un qualunque operatore dall'apertura dell'evento (anche in anni precedenti)</p> <p>GdC (Giorni di Cura) è il numero di giorni trascorsi dalla data del primo accesso dell'evento (anche in anni precedenti) alla data dell'ultimo accesso.</p> <p>Verranno conteggiati gli assistiti che hanno avuto nell'anno la PIC di massima intensità di livello CIA 3 &gt; 0,50.</p> <p>Indicatore=(N assistiti con PIC massima di CIA 3/Popolazione residente ) * 1.000</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

<b>LEA</b>	<b>PREREQUISITI</b>	<b>PREREQUISITI</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.1.PRE1</b>	<b>Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI</b>
<b>Indicatore</b>	<b>D.H.1.PRE1</b>	<b>Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario</b>
<b>Soglia</b>	<b>&lt; 10%</b>	

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Saranno verificate la soglia del numero di nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario e la soglia del numero di record con nuove chiavi di identificazione inviate.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il valore delle soglie indicate deve essere inferiore al 10%
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso ADI. I controlli che verificano il rispetto dell'adempimento sono specificati nel documento "Modalità di calcolo indicatori" pubblicato con la documentazione nel portale gestione del flusso CRUSCOTTO ADI.
<b>Allegati</b>	Nessuno

<b>LEA</b>	<b>PREREQUISITI</b>	<b>PREREQUISITI</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.1.PRE2</b>	<b>Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI</b>
<b>Indicatore</b>	<b>D.H.1.PRE2</b>	<b>PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario</b>
<b>Soglia</b>	<b>&lt; 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento &lt; 5%</b>	

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Sarà calcolata la percentuale di errori bloccanti presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati).
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	La percentuale di PIC con errore bloccante non deve essere superiore al 5% a fine anno
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Flusso ADI.</p> <p>Vengono conteggiate le PIC errate sul totale delle PIC inviate.</p> <p>Si considerano errate le PIC per cui è presente almeno un errore bloccante sui dati anagrafici o su altri archivi, ma che riguardano l'intero evento, oppure non ha un errore a livello di evento ma tutte le valutazioni hanno almeno un errore bloccante, oppure hanno tutti gli accessi con errore bloccante.</p> <p>I controlli che verificano il rispetto dell'adempimento sono specificati nel documento "Modalità di calcolo indicatori" pubblicati con la documentazione nel portale gestione del flusso CRUSCOTTO ADI.</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale  
DISTRETTUALE

Obiettivo D.H.2 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative

Indicatore D.H.2.1 % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative

Soglia ≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%) **PRE-REQUISITO** Sì

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
<b>Adempimento LEA</b>	AO) cure palliative e terapia del dolore
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Servizio epidemiologico regionale e registri
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Sarà conteggiato il numero di pazienti terminali oncologici con una presa in carico di Cure Domiciliari conclusa con decesso a domicilio o dimessi in Hospice con diagnosi di tumore e dimissione per decesso nel corso di una presa in carico da parte della Rete di cure palliative. Sarà quindi misurato il rapporto tra questi casi e la media dei deceduti per tumore nell'ultimo triennio messo a disposizione dall'ISTAT.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Il Cruscotto ADI (pagina ADI – sezione indicatori LEA) e il Report Indicatori LEA e NSIS Flussi Territoriali (pagina Indicatori DG) sul Datawarehouse regionale
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale al 55%. Un valore superiore o uguale 35% comporta l'attribuzione di un punteggio parziale. Si considerano le PIC valide.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Flusso ADI, Flusso Hospice, Registro cause di morte</p> <p>Numeratore = <math>\sum</math> Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + <math>\sum</math> Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 e sia presente nei Problemi di salute l'Assistenza relativa allo stato di terminalità oncologica</p> <p>Denominatore = Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili</p> <p>Indicatore = Numeratore / Denominatore * 100</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA	PREREQUISITI	PREREQUISITI
<b>Obiettivo</b>	<b>D.H.2.1.PRE</b>	<b>Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)</b>
<b>Indicatore</b>	<b>D.H.2.1.PRE</b>	<b>PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)</b>
<b>Soglia</b>	<b>&lt; 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento &lt; 10%</b>	

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Cure primarie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Sarà calcolata la percentuale di PIC oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati).
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	La percentuale di PIC oncologiche errate non deve essere superiore al 10% a fine anno
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Flusso ADI.</p> <p>Vengono conteggiate le PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3, 4, 5, 9) / su totale PIC con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9).</p> <p>I controlli che verificano il rispetto dell'adempimento sono specificati nel documento "Modalità di calcolo indicatori" pubblicati con la documentazione nel portale gestione del flusso. Un'analisi è possibile con DWH soggetto ADI, report cure palliative e su cruscotto ADI, report Nr pic cure palliative valide errate da indagare.</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale  
DISTRETTUALE

Obiettivo D.H.3 Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica

Indicatore D.H.3.1 Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti

Soglia Si PRE-REQUISITO No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
<b>Adempimento LEA</b>	nd
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	8 Salute mentale
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Definizione di un modello di integrazione dipartimentale aziendale ed interaziendale per l'ottimizzazione della gestione delle guardie attive/reperibilità. In particolare va utilizzato il modello Hub e Spoke in relazione alla casistica dell'utenza ed al potenziale grado di acuzie psicopatologica. Relazione descrittiva.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se invia entro il termine previsto la relazione sul modello organizzativo-gestionale definito.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	L'Azienda dovrà restituire all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e all'UO Salute mentale e sanità penitenziaria la relazione entro 31 marzo 2022
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	
<b>Allegati</b>	Allegato D.H.3.

LEA ASSISTENZA H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale  
DISTRETTUALE

Obiettivo D.H.3 Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica

Indicatore D.H.3.2 Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso

Soglia Si PRE-REQUISITO No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
<b>Adempimento LEA</b>	nd
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	8 Salute mentale
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso. Relazione descrittiva.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se invia entro il termine previsto la relazione sulle attività di teleconsulti e televisite effettuate in relazione al modello di integrazione dipartimentale aziendale ed interaziendale per l'ottimizzazione della gestione delle guardie attive/reperibilità.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	L'Azienda dovrà restituire entro 31 marzo 2022 all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e all'UO Salute mentale e sanità penitenziaria la relazione sulle televisite e sui teleconsulti effettuati.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	
<b>Allegati</b>	Allegato D.H.3.

**LEA** ASSISTENZA T Assistenza distrettuale - Continuità Ospedale-  
DISTRETTUALE Territorio

**Obiettivo** D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili

**Indicatore** D.T.1.1 Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria

**Soglia** ≤ 4

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA DISTRETTUALE - T Assistenza distrettuale - Continuità Ospedale-Territorio
<b>Adempimento LEA</b>	NSG - Nuovo Sistema di Garanzia
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	8. La salute mentale
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi Attività Assistenziali sanitarie e socio sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche. Per le Aziende Ospedaliere rappresenta una misura proxy dell'efficacia del trattamento ospedaliero. Si considerano i ricoveri ordinari per acuti dei residenti in regione, con codice fiscale corretto, dimessi dai reparti di Psichiatria (codice disciplina 040) di età ≥18 anni.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	DA IMPLEMENTARE NEL DATAWAREHOUSE REGIONALE
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	<u>Per le Aziende Ulss:</u> L'indicatore si ritiene soddisfatto se la % di ricoveri ripetuti è ≤ 4; parzialmente soddisfatto se < 7 con l'attribuzione di 0,40 punti. Se la % è >=7 e inferiore a 7,5, l'Azienda Ulss dovrà inviare un relazione sulle azioni intraprese e da intraprendere nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo soglia, che, se ritenute adeguate a ciò, consentiranno l'attribuzione di 0,30 punti. <u>Per le Aziende Ospedaliere:</u> L'indicatore si ritiene soddisfatto se la % di ricoveri ripetuti è ≤ 4; parzialmente soddisfatto se < 7 con l'attribuzione di 0,8 punti. Se la % è >=7 e inferiore a 7,5, l'Azienda Ospedaliera dovrà inviare un relazione sulle azioni intraprese e da intraprendere nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo soglia, che, se ritenute adeguate a ciò, consentiranno l'attribuzione di 0,6 punti.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	L'Azienda dovrà trasmettere all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e salute.mentale@regione.veneto.it una relazione sullo stato dell'arte sulle azioni migliorative messe in atto entro i termini richiesti dalla struttura responsabile.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso informativo ricoveri ospedalieri SDO. Formula di calcolo: N. di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria/totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento. Si definisce ripetuto il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni, esclusi i casi in cui il ricovero precedente si sia concluso con modalità di dimissione volontaria. Si considerano i ricoveri ordinari per acuti dei residenti in regione, con codice fiscale corretto, dimessi dai reparti di Psichiatria (codice disciplina 040) di età ≥18 anni. Numeratore: si considerano ricoveri erogati da qualsiasi struttura (pubblica, privata accreditata o non accreditata) avvenuti tra il 01/01 e il 31/12. Denominatore: si considerano i ricoveri erogati da struttura pubblica o privata accreditata avvenuti tra il 01/01 e il 30/11 (sono esclusi i pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto). Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza. Codici di diagnosi principale ICD 9 CM relativi ai disturbi mentali (290-319) con esclusione delle demenze (290,xx;294,11; 294.8) e del ritardo mentale (317-319)
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA B Ricovero ordinario per acuti

OSPEDALIERA

**Obiettivo** O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

**Indicatore** O.B.1.1 Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa

**Soglia** 100% di quanto previsto dal piano

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	14,0	14,0	14,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA OSPEDALIERA - B Ricovero ordinario per acuti
<b>Adempimento LEA</b>	E) mantenimento erogazione dei lea
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Si
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio-sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Adozione e applicazione dei provvedimenti di aggiornamento del Piano Operativo recupero delle liste d'attesa (DGR n. 759 del 15 giugno 2021 e DGR n. 1061 del 3 agosto 2021). Azienda Zero effettua il monitoraggio dei Piani Operativi Aziendali e del loro rispetto.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo adempimento da parte delle Aziende sanitarie di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende del SSR devono procedere all'approvazione del proprio Piano Operativo Aziendale attuativo e alla trasmissione dello stesso ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale. Le Aziende Ospedaliere e lo IOV- IRCCS dovranno formulare i loro Piani in accordo con le Aziende Ulss di riferimento. Le Aziende del SSR entro il 28/02/2022 dovranno inviare ai competenti uffici (obiettivi.dg@regione.veneto.it ; analisi@azero.veneto.it; programmazione sanitaria@regione.veneto.it) una relazione di monitoraggio a consuntivo sull'attuazione di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA B Ricovero ordinario per acuti

OSPEDALIERA

Obiettivo O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

Indicatore O.B.1.2 Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021

Soglia 100%

PRE-REQUISITO No

Punti

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	6,0	6,0	6,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA OSPEDALIERA - B Ricovero ordinario per acuti
<b>Adempimento LEA</b>	E) mantenimento erogazione dei lea
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Si
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività assistenziali sanitarie e socio-sanitarie
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Raggiungimento quantomeno dei medesimi volumi di prestazioni mensili, garantiti precedentemente all'epidemia, con riferimento all'esercizio 2019, come previsto dai provvedimenti di aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste d'attesa (DGR n. 759 del 15 giugno 2021 e DGR n. 1061 del 3 agosto 2021). Azienda Zero effettua il monitoraggio dei livelli di prestazioni mensili conseguiti.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo raggiungimento, a partire dal mese di luglio 2021, dei volumi di prestazioni mensili garantiti nell'esercizio 2019, oppure con l'evidenza di un trend di crescita costante e con un volume totale di prestazioni del secondo semestre 2021 pari ad almeno il 90% del volume del secondo semestre 2019.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso SDO; Si considerano i ricoveri per acuti in elezione erogati in strutture pubbliche, ad esclusione dei parti/nascite e dei ricoveri di riabilitazione/lungodegenza, individuati secondo i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"><li>• strutture pubbliche;</li><li>• ricoveri ospedalieri per acuti (escluso ricoveri dimessi in reparti riabilitativi/lungodegenza 28-56-60-75);</li><li>• tipo ricovero ≠ 2.urgente, 3.TSO, 6.parto non urgente (incluso quindi eventuali valori mancanti);</li><li>• esclusi MDC 14.Gravidanza, Parto e Puerperio e 15. Neonati Normali e Neonati con Disturbi Perinatali.</li></ul>
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali  
OSPEDALIERA

Obiettivo O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari

Indicatore O.T.1.1 Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021

Soglia ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

PRE-REQUISITO

Si

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	2,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA OSPEDALIERA - T Obiettivi Trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	L) controllo spesa farmaceutica
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 marzo 2021 (e s.m.i.) per gli Acquisti diretti della farmaceutica.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore con l'andamento dei conti economici e dei flussi farmaceutici. <b>Per i farmaci innovativi e innovativi oncologici verrà trasmesso, a cadenza mensile sulla base dei dati resi disponibili da AIFA, la spesa sostenuta da registri AIFA. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.</b>
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del tetto assegnato o se le differenze riscontrate sono giustificate da una variazione dei volumi di attività assistenziale correlata all'uso dei farmaci, non preventivata in sede di definizione dei tetti. Nella valutazione si terrà conto anche di variazioni consistenti rispetto all'anno precedente del File F, delle Poste R o spostamento da altri voci di conto economico.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende sanitarie dovranno trasmettere, ad Azienda Zero, per le fattispecie rientranti nella spesa per beni sanitari, una relazione trimestrale giustificativa degli eventuali scostamenti. La relazione dovrà focalizzarsi principalmente su elementi informativi non già desumibili dai flussi della farmaceutica già in possesso della Regione; Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto dettagliato comprensivo dei propri approfondimenti (anche in ordine di eventuali discrepanze rilevate tra conto economico, flussi e registri AIFA) in seguito a ciascun monitoraggio della spesa dei beni sanitari, come sopra cadenzato.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Modelli CE, Flusso di consumo farmaci, Registri AIFA
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PREREQUISITI**      **PREREQUISITI**  
**Obiettivo**    **O.T.1.1.PRE**    **Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3**  
**Indicatore**    **O.T.1.1.PRE**    **% indicatori rispettati**  
**Soglia**        100%

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adempimento LEA</b>	C) obblighi informativi
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	% di indicatori rispettati

ID INDICATORE	FLUSSO / INDICATORE	SOGLIA 2021	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA	NOTE
O.T.1.1.PRE.1	Flusso farmaci (DDF3 e FAROSP): % di spesa rilevata nei flussi rispetto ai modelli CE	95% < soglia < 105%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa per medicinali con AIC (escluso vaccini, ossigeno ed emoderivati di produzione regionale) rilevata dal Flusso DDF3 e dal Flusso FAROSP e al denominatore il valore di bilancio (B.1.A.1.1 Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, dove viene escluso anche l'OSSIGENO). Per il calcolo del valore si terrà conto di note di credito, acquisti per conto di altre Aziende Sanitarie, delle diverse modalità di contabilizzazione IVA, scorte e delle giustificazioni presentate nella tabella di riconciliazione.	Indicatore LEA
O.T.1.1.PRE.2	Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3 (c.d. CANALE A)	≥ 95%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa per farmaci infusionali ad alto costo trasmessi attraverso il Flusso DDF3, così come stabilito dalle circolari regionali, e al denominatore la spesa per tali farmaci in ambito ambulatoriale rilevati attraverso il Flusso FAROSP.	
O.T.1.1.PRE.3	Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	≥ 90%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore il numero delle confezioni trasmesse con codice targatura e al denominatore il numero delle confezioni totali rilevate attraverso il Flusso DDF3. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi in cui è consentito trasmettere i dati in modo aggregato per struttura, i dati relativi ad ossigeno, altri gas medicinali e a farmaci senza AIC.	Indicatore LEA
O.T.1.1.PRE.4	Flusso farmaci FAROSP: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	> 1%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore il numero delle confezioni trasmesse con codice targatura e al denominatore il numero delle confezioni totali rilevate attraverso il Flusso FAROSP. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i dati relativi ad ossigeno, altri gas medicinali e a farmaci senza AIC o senza targatura.	
O.T.1.1.PRE.5	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP): rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa trasmessa alla prima scadenza e al denominatore l'ultima spesa trasmessa.	
O.T.1.1.PRE.6	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP): quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati	≥ 70%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore il numero di errori corretti e al denominatore il numero di errori segnalati. Si considerano i seguenti controlli: richieste di verifica sui prezzi trasmesse dal Ministero o da Azienda Zero, revocati per FAROSP e DDF3, fattore di conversione per il solo DDF3, errori di prezzo nei flussi nel confronto flussi-traccia segnalati dalla Azienda o da Azienda Zero.	
O.T.1.1.PRE.7	Confronto tra Flussi Farmaci (DDF3 e FAROSP) e traccia: quota di righe motivate sul totale delle righe da motivare	≥ 90%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore il numero di righe di confronto tra flussi e traccia compilate con i dati richiesti e motivate e al denominatore il totale delle righe che si è chiesto di motivare.	Indicatore LEA

<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	100%
--	------

<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con D.G.R. n. 958/2021.
--	---

<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	In occasione degli incontri DG, le Aziende sanitarie dovranno motivare ad Azienda Zero gli eventuali scostamenti e provvedere alle eventuali correzioni nei flussi (non serve anticipare alcuna relazione). Azienda Zero informerà delle principali criticità la Direzione Farmaceutico-Protetica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza.
--	---

<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso farmaceutica (DWH), Modelli CE, Rilevazioni con le AS. La metodologia di calcolo è esplicitata nella colonna criteri ed elementi di adempimento della Tabella sugli indicatori.
---	--

<b>Allegati</b>	Nessuno
-----------------	---------

**LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali OSPEDALIERA**

**Obiettivo O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari**

**Indicatore O.T.1.2 Limite di Costo Dispositivi Medici 2021**

Soglia ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale **PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA OSPEDALIERA - T Obiettivi Trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	L) controllo spesa farmaceutica
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 marzo 2021 (e s.m.i.) per: Dispositivi Medici (esclusi IVD)
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del tetto assegnato o se le differenze riscontrate sono giustificate da una variazione dei volumi di attività assistenziale correlata all'uso dei DM non preventivata in sede di definizione dei tetti. Nella valutazione si terrà conto anche di variazioni consistenti rispetto all'anno precedente per lo spostamento da altre voci di conto economico.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende sanitarie dovranno trasmettere, ad Azienda Zero, per le fattispecie rientranti nella spesa per beni sanitari, una relazione trimestrale giustificativa degli eventuali scostamenti. La relazione dovrà focalizzarsi principalmente su elementi informativi non già desumibili dai flussi informativi già in possesso della Regione; Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto dettagliato comprensivo dei propri approfondimenti (anche in ordine di eventuali discrepanze rilevate tra conto economico e flussi) in seguito a ciascun monitoraggio della spesa dei beni sanitari, come sopra cadenzato.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso consumo DM (DWH), Modelli CE
<b>Allegati</b>	Nessuno

<b>LEA</b>	<b>PREREQUISITI</b>	<b>PREREQUISITI</b>
<b>Obiettivo</b>	<b>O.T.1.2.P Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM RE</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>O.T.1.2.PRE % indicatori rispettati</b>	
<b>Soalita</b>	100%	

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adeempimento LEA</b>	C) obblighi informativi
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	% di indicatori rispettati

ID INDICATORE	FLUSSO / INDICATORE	SOGLIA 2021	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA	NOTE
O.T.1.2.PRE.1	Flusso consumi DM: % di spesa DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	≥ 90%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa per Dispositivi Medici (DM) codificata con RDM/BD rilevata dal flusso consumi DM e al denominatore il valore di bilancio. Per il calcolo dei valori di bilancio verranno considerati i seguenti Conti economici: B.1.A.3.1.A - dispositivi protesici impiantabili; B.1.A.3.1.B dispositivi medici altro; B.1.A.3.2- dispositivi medici impiantabili attivi. Dal calcolo del numeratore sono esclusi: - CND Z ad eccezione della CND Z13 (MATERIALI DI CONSUMO NON SPECIFICI PER STRUMENTAZIONE DIAGNOSTICA) (eventuali modifiche sulle CND Z da includere/escludere saranno trasmesse appena disponibili), - CND W (DISPOSITIVI MEDICI DIAGNOSTICI IN VITRO) - spesa trasmessa nel flusso DM relativa ai conti economici non inerenti i DM	Indicatore LEA
O.T.1.2.PRE.2	Flusso DM: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa trasmessa alla prima scadenza e al denominatore l'ultima spesa trasmessa.	Indicatore LEA
O.T.1.2.PRE.3	Flusso DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati	≥ 60%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore il numero di errori corretti e al denominatore il numero di errori segnalati. Si considerano i seguenti controlli: quantità elevate, notifiche multiple, tipo dispositivo medico, conti economici errati ed eventuali errori sui prezzi.	
O.T.1.2.PRE.4	Flusso Contratti DM: i numeri di repertorio sia nel flusso contratti sia nel flusso consumi/numeri di repertorio nel flusso consumi, con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2021	≥ 70%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore i numeri di repertorio presenti nel flusso contratti e nel flusso consumi e al denominatore i numeri di repertorio presenti nel flusso consumi, per i soli contratti attivi per l'anno 2021. Sono escluse le categorie CND Q ed L.	Indicatore LEA
O.T.1.2.PRE.5	Flusso DM, Fatture elettroniche: % repertori nelle fatture elettroniche / repertori flusso consumi DM	Ciascuna azienda deve calcolare il proprio indicatore trimestralmente e trasmetterlo entro un mese dalla chiusura del trimestre a hta@azero.veneto.it	L'indicatore è calcolato come percentuale, rapportando i numeri di repertorio presenti nelle fatture elettroniche ai numeri di repertorio trasmessi con il flusso consumi DM nello stesso periodo di riferimento.	
O.T.1.2.PRE.6	Flusso consumi e contratti DM, modelli CE, fatture elettroniche: relazione annuale	Ciascuna azienda deve inviare la relazione entro il 30 aprile 2022 a hta@azero.veneto.it e a ecofin@azero.veneto.it	Trasmissione annuale di un prospetto sintetico e di apposita relazione che certifichi la coerenza tra i dati dei diversi flussi informativi (flusso consumi e contratti NSIS, modelli CE, fatture elettroniche con dispositivi).	

<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	100% degli indicatori che rispettano la soglia
--	--

<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con D.G.R. n. 958/2021.
--	---

<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	In occasione degli incontri DG, le Aziende sanitarie dovranno motivare ad Azienda Zero gli eventuali scostamenti e provvedere alle eventuali correzioni nei flussi (non serve anticipare alcuna relazione). Azienda Zero informerà delle principali criticità la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza.
--	---

<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso Dispositivi Medici (DWH), Modelli CE, Rilevazioni con le AS. La metodologia di calcolo è esplicitata nella colonna criteri ed elementi di adempienza della Tabella sugli indicatori.
---	---

<b>Allegati</b>	Nessuno
-----------------	---------

**LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali OSPEDALIERA**

**Obiettivo O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari**

**Indicatore O.T.1.3 Limite di Costo IVD 2021**

Soglia ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

**PRE-REQUISITO**

Si

Punti

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	1,0	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA OSPEDALIERA - T Obiettivi Trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	L) controllo spesa farmaceutica
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 marzo 2021 (e s.m.i.) per: IVD
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del tetto assegnato o se le differenze riscontrate sono giustificate da una variazione dei volumi di attività assistenziale correlata all'uso dei dispositivi medici, non preventivata in sede di definizione dei tetti. Nella valutazione si terrà conto anche di variazioni consistenti rispetto all'anno precedente per lo spostamento da altri voci di conto economico.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Le Aziende sanitarie dovranno trasmettere, ad Azienda Zero, per le fattispecie rientranti nella spesa per beni sanitari, una relazione trimestrale giustificativa degli eventuali scostamenti. La relazione dovrà focalizzarsi principalmente su elementi informativi non già desumibili dai flussi informativi già in possesso della Regione; Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto dettagliato comprensivo dei propri approfondimenti (anche in ordine di eventuali discrepanze rilevate tra conto economico e flussi) in seguito a ciascun monitoraggio della spesa dei beni sanitari, come sopra cadenzato.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso consumi DM (DWH), Modelli CE
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**                      **PREREQUISITI**                      **PREREQUISITI**  
**Obiettivo**              **O.T.1.3.PRE**    **Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM**

**Indicatore**              **O.T.1.3.PRE**    **% indicatori rispettati**

**Soglia**                      100%

<b>Livello di Assistenza</b>	PREREQUISITI
<b>Adempimento LEA</b>	C) obblighi informativi

<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
---	---

<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
---	------------

<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	% di indicatori rispettati
---	----------------------------

ID INDICATORE	FLUSSO / INDICATORE	SOGLIA 2021	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA	NOTE
O.T.1.3.PRE.1	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa per Dispositivi Medici diagnostici in vitro (IVD) codificata con CND al IV° livello di dettaglio e al denominatore il valore di bilancio (B.1.A.3.3). Si considera la spesa trasmessa nel flusso DM imputando i conti economici relativi ai dispositivi medici	

<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	100% degli indicatori che rispettano la soglia
--	--

<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con D.G.R. n. 958/2021.
--	---

<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	In occasione degli incontri DG, le Aziende sanitarie dovranno motivare ad Azienda Zero gli eventuali scostamenti e provvedere alle eventuali correzioni nei flussi (non serve anticipare alcuna relazione). Azienda Zero informerà delle principali criticità la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza.
--	--

<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso Dispositivi Medici (DWH), Modelli CE
---	---

<b>Allegati</b>	Nessuno
-----------------	---------

**LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali  
OSPEDALIERA**

**Obiettivo O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari**

**Indicatore O.T.1.4 Rispetto dei limiti di costo per DPC 2021**

Soglia ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

**PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			

<b>Livello di Assistenza</b>	ASSISTENZA OSPEDALIERA - T Obiettivi Trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	L) controllo spesa farmaceutica
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di spesa per farmaci e <b>dispositivi medici</b> in DPC fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 Marzo 2021 (e s.m.i.) per ciascuna Ulss.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	L'UOC HTA di Azienda Zero invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda è adempiente se il limite assegnato è rispettato.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Azienda Zero predisporrà per la Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, per le valutazioni di competenza, un resoconto comprensivo di eventuali approfondimenti a seguito del monitoraggio sul rispetto dei limiti assegnati.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Flusso di consumo farmaci <b>Flusso consumi DM</b>
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera- obiettivi trasversali

OSPEDALIERA

Obiettivo O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Indicatore O.T.2.1 Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui

Soglia > 90%

**PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	5,0	5,0	6,0

<b>Livello di Assistenza</b>	T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	NSG - Nuovo Sistema di Garanzia indicatore H02Z
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Governo clinico-assistenziale/SERR
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Calcolo di un punteggio complessivo per azienda con valori tra 0 e 2 per le Aziende ULSS, da 0 a 5 per le Aziende Ospedaliere e da 0 a 6 per IOV, in base al valore dell'indicatore calcolato per ciascuna struttura ospedaliera secondo il protocollo del PNE (Indicatore PNE n.555).</p> <p>Sono oggetto di valutazione solo le strutture per le quali il numero di casi a denominatore è maggiore della soglia di occasionalità prevista dal PNE (20 casi).</p> <p>Nel caso di equipe uniche e formalizzate che operano in più strutture si considererà il volume complessivo delle strutture medesime.</p>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Sezione "Report indicatori PNE Treemap e DM70/2015" nella pagina Indicatori DG del Datawarehouse regionale
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore è soddisfatto per valori > 90% (è ammessa una tolleranza del 10% sui volumi di interventi annui per reparto)
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Fonti informative: SDO</p> <p>Procedura di calcolo:</p> <p>a) Calcolo dell'indicatore per ciascuna struttura ospedaliera (Codice ospedale più sub-codice da SDO) in base ai dati più recenti disponibili nel DWH regionale e secondo le specifiche tecniche previste dai protocolli operativi del PNE (<a href="https://pne.agenas.it/">https://pne.agenas.it/</a>). E' ammessa una tolleranza del 10% sui volumi di interventi annui per reparto.</p> <p>b) Calcolo dell'indicatore aziendale come media ponderata del valore degli indicatori a livello di struttura ospedaliera con pesi pari al totale degli interventi.</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **ASSISTENZA**      **T Assistenza Ospedaliera- obiettivi trasversali**  
**OSPEDALIERA**

**Obiettivo**      **O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**

**Indicatore**      **O.T.2.2 % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario**

**Soglia**      > 80%

**PRE-REQUISITO**      No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	4,0	

<b>Livello di Assistenza</b>	T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	NSG - Nuovo Sistema di Garanzia indicatore H13C
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Governo clinico-assistenziale/SERR
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Calcolo di un punteggio complessivo per azienda con valori tra 0 e 1 per le Aziende ULSS e da 0 a 4 per le Aziende Ospedaliere, in base al valore grezzo dell'indicatore calcolato per ciascuna struttura ospedaliera secondo il protocollo del PNE (Indicatore n. 42). Sono oggetto di valutazione solo le strutture per le quali il numero di casi a denominatore è maggiore della soglia di occasionalità prevista dal PNE (20 casi).
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Sezione "Report indicatori PNE Treemap e DM70/2015" nella pagina Indicatori DG del Datawarehouse regionale
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore è soddisfatto per valori > 80% .
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Fonti informative: SDO Procedura di calcolo: a) Calcolo dell'indicatore per ciascuna struttura ospedaliera (Codice ospedale più sub-codice da SDO) in base ai dati più recenti disponibili nel DWH regionale e secondo le specifiche tecniche previste dai protocolli operativi del PNE ( <a href="https://pne.agenas.it/">https://pne.agenas.it/</a> ). b) Calcolo dell'indicatore aziendale come media ponderata del valore degli indicatori a livello di struttura ospedaliera con pesi pari al totale degli interventi.
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera- obiettivi trasversali

OSPEDALIERA

Obiettivo O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Indicatore O.T.2.3 % di parti cesarei primari

Soglia < 20% se >= 1000 parti all'anno; < 15% se < 1000 parti all'anno

**PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3,0	4,0	

<b>Livello di Assistenza</b>	T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	NSG - Nuovo Sistema di Garanzia indicatori H17C e H18C
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Governo clinico-assistenziale/SERR
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Calcolo di un punteggio complessivo per azienda con valori tra 0 e 1 per le Aziende ULSS e da 0 a 3 per AOPD, da 0 a 4 per AOUIVR, in base al valore grezzo dell'indicatore calcolato per ciascuna struttura ospedaliera secondo il protocollo del PNE (Indicatore PNE n. 37).</p> <p>Sono oggetto di valutazione solo le strutture per i quali il numero di casi a denominatore soddisfa le soglie di significatività previste dal PNE.</p>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Sezione "Report indicatori PNE Treemap e DM70/2015" nella pagina Indicatori DG del Datawarehouse regionale
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Per strutture con n. parti annui >=1000, l'indicatore è soddisfatto per valori <20%. Per strutture con n. parti annui < 1000, l'indicatore è soddisfatto per valori <15%.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	<p>Fonti informative: SDO</p> <p>Procedura di calcolo:</p> <p>a) Calcolo dell'indicatore grezzo per ciascuna struttura ospedaliera (Codice ospedale più sub-codice da SDO) in base ai dati più recenti disponibili nel DWH regionale e secondo le specifiche tecniche previste dai protocolli operativi del PNE (<a href="https://pne.agenas.it/">https://pne.agenas.it/</a>).</p> <p>b) Nel caso di strutture con volume di parti &gt;=1000 viene assegnato il punteggio 1 (3 per AOPD, 4 AOUIVR) se il valore dell'indicatore è &lt;20%, 0 altrimenti. Nel caso di strutture con volume di parti &lt;1000 viene assegnato il punteggio 1 se il valore dell'indicatore è &lt;15%, 0 altrimenti.</p> <p>c) Il punteggio aziendale viene calcolato come media ponderata dei punteggi calcolati a livello di stabilimento ospedaliero con pesi pari al numero di parti depurati (denominatori dei singoli indicatori grezzi).</p>
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera- obiettivi trasversali  
OSPEDALIERA

Obiettivo O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Indicatore O.T.2.4 Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni

Soglia > 90% **PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	4,0	4,0	

<b>Livello di Assistenza</b>	T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	NSG - Nuovo Sistema di Garanzia indicatore H05Z
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	No
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Governo clinico-assistenziale/SERR
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Calcolo di un punteggio complessivo per azienda con valori tra 0 e 1 per le Aziende ULSS e da 0 a 4 per le Aziende Ospedaliere, in base al valore grezzo dell'indicatore calcolato per ciascuna struttura ospedaliera secondo il protocollo del PNE (Indicatore n. 302). Sono oggetto di valutazione solo le strutture per i quali il numero di casi a denominatore è maggiore della soglia di occasionalità prevista dal PNE (20 casi).
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Sezione "Report indicatori PNE Treemap e DM70/2015" nella pagina Indicatori DG del Datawarehouse regionale
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore è soddisfatto per valori > 90%.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Fonti informative: SDO Procedura di calcolo: a) Calcolo dell'indicatore per ciascuna struttura ospedaliera (Codice ospedale più sub-codice da SDO) in base ai dati più recenti disponibili nel DWH regionale e secondo le specifiche tecniche previste dai protocolli operativi del PNE ( <a href="https://pne.agenas.it/">https://pne.agenas.it/</a> ). b) Calcolo dell'indicatore aziendale come media ponderata del valore degli indicatori a livello di struttura ospedaliera con pesi pari al totale degli interventi.
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **ASSISTENZA**                      **T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali**  
**OSPEDALIERA**

**Obiettivo**      **O.T.3**      **Controllo delle infezioni correlate all'assistenza**

**Indicatore**      **O.T.3.1**      **Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione**

**Soglia**              Sì, entro i termini previsti nel Vademecum                      **PRE-REQUISITO**      **No**

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AOUIVR</b>	<b>IOV</b>
	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>6,0</b>								

<b>Livello di Assistenza</b>	T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	n.d.
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	NO
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Governo Clinico Assistenziale U.O.C. Rischio Clinico
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Produzione di una relazione annuale riportante i dati di sorveglianza epidemiologica, contenente informazioni di tipo quali/quantitativo rispetto ai microrganismi sentinella descritti nel documento regionale "Sistema regionale di Sorveglianza dei microrganismi sentinella (alert organism)". Dovranno essere individuate le aree a maggior criticità rispetto ai microrganismi identificati e le attività adottate dalle Aziende per la prevenzione e gestione delle stesse.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Produzione della relazione annuale corrispondente ai criteri sopra indicati, entro 28/02/2022.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Invio ai competenti uffici (obiettivi.dg@regione.veneto.it e rischio.clinico@azero.veneto.it) della relazione annuale entro il 28 febbraio 2022.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA ASSISTENZA T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali  
 OSPEDALIERA

Obiettivo O.T.4 Implementazione della Rete Ematologica Veneta

Indicatore O.T.4.1 Revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA

Soglia Si PRE-REQUISITO No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
										1,0		

<b>Livello di Assistenza</b>	T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
<b>Adempimento LEA</b>	
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	NO
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione Programmazione Sanitaria
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Governo clinico-assistenziale/SERR
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà l'implementazione di nuovi PDTA, l'eventuale proposta di revisione di quelli esistenti e la verifica dell'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) esistenti, mediante l'analisi del numero di pazienti affetti dalla patologia prevista dal PDTA e il numero di pazienti al quale si applica il relativo PDTA.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Monitoraggio con il supporto di Azienda Zero sul numero di pazienti affetti dalla patologia prevista dal PDTA e il numero di pazienti ai quali si applica il PDTA, con invio di una Relazione annuale alla Direzione Programmazione Sanitaria.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'azienda produrrà almeno un nuovo PDTA o la revisione di un PDTA esistente e trasmetterà la Relazione annuale sull'applicazione dei PDTA alla Direzione Programmazione Sanitaria entro il 28/02/2022.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	L'Azienda Ospedaliera deve inviare alla direzione Programmazione Sanitaria un nuovo PDTA o la revisione di PDTA esistente e trasmettere una relazione annuale sull'applicazione dei PDTA alla Direzione Programmazione Sanitaria entro il 28/02/2022.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*  
**SUPPORTO**

**Obiettivo** **S.A.1 Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19**

**Indicatore** **S.A.1.1 Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19**

**Soglia** Soglia differenziata come da delibera di assegnazione Risorse LEA **PRE-REQUISITO** **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
<b>Mantenimento</b>												

<b>Livello di Assistenza</b>	SERVIZI GENERALI - A Programmazione delle risorse
<b>Adempimento LEA</b>	A) stabilità ed equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale
<b>Linea del PSSH 2019-2023</b>	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Controllo di gestione e adempimenti LEA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Pur sapendo che la determinazione di un obiettivo di risultato economico/finanziario è fortemente condizionata - e subordinata - alle straordinarie condizioni nelle quali si sta attuando la gestione sanitaria nel corrente esercizio (sia per le Aziende del SSR sia per Azienda Zero) in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e più specificamente all'effettiva dinamica dei relativi costi e finanziamenti, attualmente non prevedibile per il restante periodo dell'esercizio, si chiede il mantenimento dello stesso.</p> <p><b>Il mancato rispetto del risultato programmato comporterà una penalizzazione fino ad un massimo di 5 punti.</b></p>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	CECT e Bilancio
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda è adempiente se il risultato economico consuntivo, al netto dei maggiori costi e ricavi connessi al Covid- 19, è uguale o migliore rispetto al risultato economico programmato con deliberazioni di Giunta regionale (vedasi principalmente DGR 333/2019 e 1046/2020).
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Modelli CE
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*

**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.A.2 **Efficienza finanziaria**

**Indicatore** S.A.2.1 **Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)**

**Soglia** ≤ 0 gg

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
<b>Mantenimento</b>											

<b>Livello di Assistenza</b>	SERVIZI GENERALI - A Programmazione delle risorse
<b>Adempimento LEA</b>	A) stabilità ed equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Sarà considerato l'indicatore di tempestività dei pagamenti pubblicato sul sito aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 9 DPCM 22 settembre 2014.</p> <p>La valutazione definitiva sarà effettuata sul valore dell'indicatore annuale.</p> <p>Pur sapendo che la determinazione di un obiettivo di risultato economico/finanziario è fortemente condizionata - e subordinata - alle straordinarie condizioni nelle quali si sta attuando la gestione sanitaria nel corrente esercizio (sia per le Aziende del SSR sia per Azienda Zero) in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e più specificamente all'effettiva dinamica dei relativi costi e finanziamenti, attualmente non prevedibile per il restante periodo dell'esercizio, si chiede il mantenimento dello stesso.</p> <p><b>Il mancato rispetto del risultato programmato comporterà una penalizzazione fino ad un massimo di 5 punti.</b></p>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Il valore obiettivo dell'indicatore stabilito ex lege è minore o uguale a 0.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	L'indicatore è calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di emissione del mandato, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nelle circolari RGS n. 3 e 22 del 2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*  
**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.A.2 **Efficienza finanziaria**

**Indicatore** S.A.2.2 **Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato**

**Soglia** ≤0%

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
Mantenimento											

<b>Livello di Assistenza</b>	A Programmazione delle risorse
<b>Adempimento LEA</b>	A) stabilità ed equilibrio di gestione del servizio sanitario regionale
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. Procedure contabili, bilancio consolidato, tavolo adempimenti
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Verranno presi in considerazione i dati raccolti trimestralmente con l'apposita form "debito Scaduto", certificati dal Direttore DG e dal Collegio sindacale con apposito invio via PEC del foglio "Attestazione".</p> <p>La valutazione finale sarà effettuata sul valore cumulato dei 4 trimestri dell'anno. Pur sapendo che la determinazione di un obiettivo di risultato economico/finanziario è fortemente condizionata - e subordinata - alle straordinarie condizioni nelle quali si sta attuando la gestione sanitaria nel corrente esercizio (sia per le Aziende del SSR sia per Azienda Zero) in ragione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e più specificamente all'effettiva dinamica dei relativi costi e finanziamenti, attualmente non prevedibile per il restante periodo dell'esercizio, si chiede il mantenimento dello stesso.</p> <p><b>Il mancato rispetto del risultato programmato comporterà una penalizzazione fino ad un massimo di 5 punti.</b></p>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore trimestrale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'Azienda presenta un valore pari allo 0%. In presenza di debito scaduto dichiarato alla fine dell'anno precedente il valore dei pagamenti effettuati oltre i termini viene ridotto in maniera corrispondente partendo dai valori più datati.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Caricamento trimestrale della form "debito Scaduto" su SCRIBA; invio via PEC del foglio "attestazione" debitamente firmato dal Direttore Generale e dal Collegio sindacale scansionato e inviato via PEC a protocollo.azero@pecveneto.it.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Il dato viene raccolto tramite apposita form "Debito Scaduto" il cui modello, trimestralmente, viene scaricato e ricaricato (debitamente compilato) sul portale SCRIBA. La form prevede anche un foglio "Attestazione" che riepiloga i valori inseriti che deve essere stampato, firmato da DG e Collegio dei Sindaci, scansionato e inviato via PEC a protocollo.azero@pecveneto.it. Il dato relativo ai pagamenti dichiarati come "effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014" (colonna 7) viene rapportata al totale dei pagamenti dichiarati (colonna 6).
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*

**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.A.3 **Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19**

**Indicatore** S.A.3.1 **Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34**

**Soglia** raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda **PRE-REQUISITO** No  
aggiornato al 30 maggio 2021

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	8,0	8,0	

<b>Livello di Assistenza</b>	PROCESSI DI SUPPORTO - A Programmazione delle risorse
<b>Adempimento LEA</b>	no
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo sarà considerato il rispetto degli stati di avanzamento inviati a maggio 2021.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se al 31/12/2021 risultano rispettati gli stati di avanzamento dei progetti inviati a maggio 2021.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Relazione sugli stati di avanzamento al 31/12/2021 dei progetti inviati a maggio 2021 da inviare alle caselle di posta elettronica ediliziaospedaliera@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it entro il 31/01/2022 (schemi che evidenziano il rispetto o meno dello stato di avanzamento, nel caso di scostamento evidenziare le motivazioni).
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno



LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*  
**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.A.5 **Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021**

**Indicatore** S.A.5.1 **Rispettare la programmazione CRITE relativa all'assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale**

**Soglia** 100% **PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

**Livello di Assistenza** PROCESSI DI SUPPORTO - A Programmazione delle risorse

**Adempimento LEA** no

**Misure di contenimento COVID 19** Sì

**Struttura regionale Responsabile** Direzione Risorse Strumentali SSR

**Struttura di azienda Zero a supporto**

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica** L'Azienda deve provvedere al supporto dell'assistenza infermieristica nei Centri di Servizi nel rispetto della programmazione della CRITE

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende** In occasione degli incontri e/o dell'invio della reportistica trimestrale di monitoraggio degli obiettivi e degli incontri della CRITE in materia assunzioni

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?** L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'Azienda ha rispettato quanto indicato nelle schede di programmazione della CRITE.

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica** L'Azienda deve rendicontare entro il 31/01/2021 alla mail obiettivi.dg@regione.veneto.it e alla Direzione Risorse Strumentali SSR sul rispetto della programmazione CRITE e sulle risorse effettivamente assegnate ai Centri Servizi, motivando eventuali scostamenti.

**Flusso dati, Metodologia di calcolo** Nessuno

**Allegati** Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*  
**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.A.6 Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management

**Indicatore** S.A.6.1 Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzati al recupero liste attese

**Soglia** Si **PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0

**Livello di Assistenza** PROCESSI DI SUPPORTO - A Programmazione delle risorse

**Adempimento LEA** no

**Misure di contenimento COVID 19**

**Struttura regionale Responsabile** Direzione Risorse Strumentali SSR

**Struttura di azienda Zero a supporto**

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica** Attestati di partecipazione ai corsi e/o altra modalità di attestazione della partecipazione alla formazione da parte della struttura erogante.

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende**

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?** L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'Azienda garantisce la partecipazione alla formazione di un numero di dipendenti corrispondente a quanto richiesto dall'Area Sanità e Sociale.

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica** Invio alla mail obiettivi.dg@regione.veneto.it, dell'elenco dei partecipanti alla formazione effettuata.

**Flusso dati, Metodologia di calcolo** Nessuno

**Allegati** Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*

**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.A.6 Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management

**Indicatore** S.A.6.2 Attivazione sistema misurazione di un set di indicatori previsti

**Soglia** Si **PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0

<b>Livello di Assistenza</b>	PROCESSI DI SUPPORTO - A Programmazione delle risorse
<b>Adempimento LEA</b>	no
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione Risorse Strumentali SSR
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Controllo di Gestione e Adempimenti LEA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Progetto di miglioramento dell'utilizzo delle sale operatorie: al fine di implementare un sistema di indicatori regionale risulta fondamentale la misurazione nei gestionali di sala operatoria dei seguenti tempi: Tempo ingresso in blocco; Tempo di induzione anestesia; Tempo di ingresso in sala; Tempo inizio incisione; Tempo di fine sutura; Tempo uscita sala; Tempo uscita blocco. Risulta inoltre essenziale per il calcolo degli indicatori anche la rilevazione Tempo di programmazione dell'utilizzo della sala (es. 8.00-20.00, 8.00-14.00, 8.00-18.00). Gli indicatori regionali saranno definiti negli incontri con i referenti aziendali in materia e quindi formalizzati in un aggiornamento della presente scheda. Tali dati dovranno essere implementati nei diversi gestionali attualmente in uso nelle diverse aziende.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'azienda ha alimentato nel proprio gestionale di sala operatoria la rilevazione dei tempi indicati dal 1 dicembre 2021.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	L'Azienda deve trasmettere alla mail obiettivi.dg@regione.veneto.it entro il 15/12/2021 lo stato di implementazione della rilevazione dei tempi sopra indicati.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *A Programmazione delle risorse*  
**SUPPORTO**

Obiettivo **S.A.7 Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR**

Indicatore **S.A.7.1 Rispettare dei tempi delle richieste regionali previste dal PNRR**

Soglia 100%

**PRE-REQUISITO** No

Punti

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

<b>Livello di Assistenza</b>	PROCESSI DI SUPPORTO - A Programmazione delle risorse
<b>Adempimento LEA</b>	no
<b>Misure di contenimento COVID 19</b>	Sì
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	La verifica riguarderà il rispetto dei tempi alle richieste regionali come da note dell'Area Sanità e Sociale e o della Direzione Edilizia Ospedaliera e Finalità Collettive in attuazione del PNRR (esempio individuazione delle case di comunità, ecc.)
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'Azienda adempie alle richieste dell'Area Sanità e Sociale e/ o dell'Unità Organizzativa Edilizia e Finalità Collettive nel rispetto dei tempi indicati.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PROCESSI DI**                      **B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo**      **S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**

**Indicatore**      **S.B.1.1 Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione**

**Soglia**               $\geq 98\%$  ;  $\geq 95\%$  a seconda della tipologia

**PRE-REQUISITO**      **No**

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AQUIVR</b>	<b>IOV</b>
	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>								

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	AAD) sistema fascicolo sanitario elettronico (FSE)
<b>Linea del P SSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Indice Qualità Indicizzazione (IQI 2.0) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione. L'indice IQI determina la qualità di indicizzazione delle aziende sanitarie sull'infrastruttura Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale (FSEr) .
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Reportistica sul cruscotto di monitoraggio del progetto Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	$\geq 98\%$ per le tipologie documentali rese visibili nel 2021 attraverso i servizi FSEr al cittadino ed agli operatori sanitari; $\geq 95\%$ per le tipologie documentali indicizzate su FSEr ma non ancora rese visibili attraverso i servizi FSEr al cittadino ed agli operatori sanitari.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Vedi Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivo S.B.1.1
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	IQI 2.0
<b>Allegati</b>	Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 - Obiettivo S.B.1.1

**LEA**      **PROCESSI DI**      **B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo**    **S.B.2    Attività propedeutiche ad avvio SIO**

**Indicatore**    **S.B.2.1    Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali**

**Soglia**        ≥ 90% degli items

**PRE-REQUISITO**    **No**

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	No
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Rendicontazione a carico di Azienda Zero per i Gruppi tematici del SIO reportistica prodotta dall'Azienda e validata da Azienda Zero per i gruppi aziendali.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	La partecipazione ai GDL tematici del SIO e percentuale di raggiungimento dei relativi obiettivi assegnati (peso 50% del presente obiettivo), e percentuale di partecipazione ai GDL aziendali (peso 50% del presente obiettivo) dovranno almeno raggiungere la soglia del 90%.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Compilazione di check list appositamente create. Scadenza 28/02/2022.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Valutazione qualitativa da parte di Azienda Zero
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PROCESSI DI**      **B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo**      **S.B.2    Attività propedeutiche ad avvio SIO**

**Indicatore**      **S.B.2.2    Presentazione dei piani aziendali per l'avvio dell'attività**

**Soglia**      Sì secondo cronoprogramma      **PRE-REQUISITO**      No

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AOUIVR</b>	<b>IOV</b>
	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>								

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	No
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Presentazione del piano aziendale delle attività propedeutiche all'avvio del SIO
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	Tempistiche di presentazione e qualità del piano presentato.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Presentazione del piano aziendale delle attività propedeutiche all'avvio del SIO all'indirizzo di posta elettronica progettosoio@azero.veneto.it. Vedi Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivo S.B.2.2 La stesura di tali piani deve essere presentata entro il 30/11/2021.
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Valutazione qualitativa da parte di Azienda Zero del piano aziendale delle attività propedeutiche all'avvio del SIO.
<b>Allegati</b>	Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivo S.B.2.2

LEA **PROCESSI DI B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO

**Indicatore** S.B.2.3 Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO

**Soglia** iQR > 80% e superamento test di carico **PRE-REQUISITO** No

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AOUIVR</b>	<b>IOV</b>
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	No
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico) come indicato nelle specifiche tecniche "Specifiche_Repository_v1.0". I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO e la valutazione verrà completata comunque entro marzo 2022.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Reportistica sul cruscotto di monitoraggio del progetto
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	- IQR > 80%; - Superamento test di carico (durante l'esecuzione del test il repository deve mantenere stabilità e la percentuale di transazioni di retrieve o di pubblicazioni che vanno in errore rispetto al totale di transazioni eseguite deve essere ≤ 5)
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	La metodologia di calcolo degli indicatori è riportate nel documento di "Specifiche_Repository_v1.0" condiviso con le Aziende Sanitarie nell'ambito del progetto SIO.
<b>Allegati</b>	Nessuno

**LEA**      **PROCESSI DI**      **B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo**      **S.B.2    Attività propedeutiche ad avvio SIO**

**Indicatore**      **S.B.2.4    Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazionali SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali**

**Soglia**      Si secondo cronoprogramma      **PRE-REQUISITO**      **No**

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AOUIVR</b>	<b>IOV</b>
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

**Livello di Assistenza**      B Informatizzazione

**Adempimento LEA**      No

**Linea del PSSR 2019-2023**      11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario

**Struttura regionale Responsabile**

**Struttura di azienda Zero a supporto**      U.O.C. Sistemi Informativi

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica**      Implementazione secondo cronoprogramma e relative specifiche della corretta estrazione, per successivo caricamento sul nuovo SIO, delle seguenti tipologie di dati:  
a) Dataset configurazione SIO  
b) Dati e documenti clinici  
c) Dati transazionali

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende**      Report forniti da Azienda Zero

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?**      Avvenuto caricamento nel nuovo SIO di almeno una parte dei dati di tutte e tre le tipologie (dataset configurazione, transazionali e storici clinici) entro il 31/12/2021 e comunque coerentemente con le tempistiche del progetto SIO

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica**      Autodichiarazione con relative evidenze da parte delle aziende del corretto caricamento dei dati

**Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico**      Invio a indirizzo mail progettiosio@azero.Veneto.it delle auto dichiarazioni e verifica da parte di Azienda Zero

**Allegati**      Nessuno

**LEA**      **PROCESSI DI**                      **B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo**      **S.B.2    Attività propedeutiche ad avvio SIO**

**Indicatore**      **S.B.2.5    Adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite**

**Soglia**              Si secondo cronoprogramma                      **PRE-REQUISITO**      **No**

<b>Punti</b>	<b>ULSS 1</b>	<b>ULSS 2</b>	<b>ULSS 3</b>	<b>ULSS 4</b>	<b>ULSS 5</b>	<b>ULSS 6</b>	<b>ULSS 7</b>	<b>ULSS 8</b>	<b>ULSS 9</b>	<b>AOPD</b>	<b>AOUIVR</b>	<b>IOV</b>
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

**Livello di Assistenza**              B Informatizzazione

**Adempimento LEA**              No

**Linea del PSSR 2019-2023**              11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario

**Struttura regionale Responsabile**

**Struttura di azienda Zero a supporto**              U.O.C. Sistemi Informativi

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica**              Adeguata compilazione del questionario per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite.

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende**              Questionario per la rilevazione dell'infrastruttura aziendale come condiviso e descritto durante II° incontro del gruppo tematico Infrastruttura - SIO del 02/02/2021.

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?**              Compilazione dei questionari in merito all'infrastruttura IT aziendale entro il 30 ottobre 2021 e invio tramite mail all'indirizzo [progettoso@azero.Veneto.it](mailto:progettoso@azero.Veneto.it)

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica**              Questionario relativo allo stato dell'infrastruttura IT aziendale

**Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico**              Valutazione qualitativa da parte di Azienda Zero e rispetto delle tempistiche di compilazione del questionario relativo allo stato dell'infrastruttura IT aziendale

**Allegati**              Nessuno

LEA **PROCESSI DI SUPPORTO** **B Informatizzazione**

**Obiettivo S.B.3 Prenotazione online (interoperabilità)**

**Indicatore S.B.3.1 Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP**

Soglia <5% disservizio  
 ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s

**PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	No
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Reportistica a cura di Azienda Zero/Arsenal.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Vedi Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3
<b>Allegati</b>	Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3

LEA **PROCESSI DI B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

Obiettivo **S.B.3 Prenotazione online (interoperabilità)**

Indicatore **S.B.3.2 Monitoraggio**

Soglia 1

**PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	No
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Sistemi Informativi
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	Monitoraggio in produzione della percentuale di utilizzo della transazione MEF-20 per ricette con prestazioni non di branca 03 e non cicliche e superamento di audit mediante mystery call con verifica tecnica della corretta strutturazione e contenuto della transazione.
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Reportistica a cura di Azienda Zero/Arsenal.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	100% di utilizzo della transazione MEF-20 con controllo della corretta strutturazione e contenuto della relativa transazione.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Vedi Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3
<b>Allegati</b>	Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3



**LEA**      **PROCESSI DI**                      **B Informatizzazione**  
**SUPPORTO**

**Obiettivo**      **S.B.3 Prenotazione online (interoperabilità)**

**Indicatore**      **S.B.3.4 Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami**

**Soglia**      Sì secondo cronoprogramma

**PRE-REQUISITO**      No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0

**Livello di Assistenza**      B Informatizzazione

**Adempimento LEA**      No

**Linea del PSSR 2019-2023**      11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario

**Struttura regionale Responsabile**

**Struttura di azienda Zero a supporto**      U.O.C. Sistemi Informativi

**Descrizione delle richieste e del metodo di verifica**      Deve essere garantita l'accessibilità e la qualità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami.

**Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende**      Reportistica a cura di Azienda Zero/Arsenal.

**A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?**      Se è costantemente garantita la recuperabilità e la qualità dei promemoria di prenotazione e modulistica l'obiettivo risulta soddisfatto.

**Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica**      Nessuno

**Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico**      Vedi Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3

**Allegati**      Allegato tecnico al Vademecum Vers.1.0 Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3

LEA      **PROCESSI DI**      **B Informatizzazione**

**SUPPORTO**

**Obiettivo**      **S.B.4      Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito**

**Indicatore**      **S.B.4.1      % indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati**

**Soglia**      100%

**PRE-REQUISITO**      No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AQUIVR	IOV
Mantenimento											

<b>Livello di Assistenza</b>	B Informatizzazione
<b>Adempimento LEA</b>	C) obblighi informativi
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	11. La gestione del patrimonio informativo socio-sanitario
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	U.O. MONITORAGGIO E CONTROLLO ATTUAZIONE PSSR
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Analisi attività sanitarie e socio sanitarie U.O.C. HTA
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>La completezza, la qualità e la tempestività verrà verificata sull'insieme dei flussi NSIS ministeriali e di attività, come da Decreti D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005) (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.) e successivi decreti istitutivi dei flussi informativi nazionali e decreti regionali che integrano le disposizioni nazionali, per il rispetto delle soglie definite dagli indicatori LEA.</p> <p><b>Il mancato rispetto del risultato programmato comporterà una penalizzazione fino ad un massimo di 5 punti.</b></p>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'azienda deve garantire il rispetto di tutti i criteri di completezza e qualità entro le soglie proposte, calcolate dal sistema sui dati inviati. Eventuali anomalie dovranno essere affrontate tempestivamente secondo le disposizioni degli uffici regionali preposti.
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se</b>	Vedi allegato
<b>Allegati</b>	Flussi di competenza per indicatore DG S.B.4.1

LEA **PROCESSI DI** *E Trasparenza e anticorruzione*

**SUPPORTO**

**Obiettivo S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza**

**Indicatore S.E.1.1 Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione**

Soglia Sì **PRE-REQUISITO** No

Punti	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

<b>Livello di Assistenza</b>	PROCESSI DI SUPPORTO - E Trasparenza e anticorruzione
<b>Adempimento LEA</b>	n.d.
<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	n.d.
<b>Struttura regionale Responsabile</b>	DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR
<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	U.O.C. Convenzioni ed Assicurazioni SSR
<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Saranno verificate, mediante accesso ai siti aziendali, 3 sezioni dell'albero della trasparenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● adempimenti ex legge 24/2017, ad integrazione della legge di stabilità 208/2015. 1) l'art. 2 prevede la pubblicazione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause e sulle conseguenti iniziative messe in atto. 2) l'art. 4 prevede che le Strutture pubbliche e private pubblichino i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.</li> <li>● Adempimenti ex D.Lgs. 33/2013, art. 20 "Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale". 1) Il co. 1 prevede la pubblicazione, con tempestività, dei dati relativi all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti. 2) Il co. 2 richiede la pubblicazione dei criteri per l'assegnazione del trattamento dei premi e degli incentivi, nonché i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti (in forma di tabelle). Verrà verificato che il dato sia pubblicato; che riporti tutte le informazioni richieste; che i documenti risultino aggiornati; che il formato sia aperto o elaborabile.</li> <li>● Adempimenti ex D.Lgs. 33/2013, art. 33 "Obblighi di pubblicazione concernenti i tempi di pagamento dell'amministrazione". Rispetto ai seguenti item: indicatore di tempestività dei pagamenti e ammontare complessivo dei debiti e numero delle imprese creditrici (trimestrale e annuale), verrà verificato: che il dato sia pubblicato; che riporti tutte le informazioni richieste; che i documenti risultino aggiornati; che il formato sia aperto o elaborabile.</li> </ul>
<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore trimestrale.
<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'obiettivo si ritiene soddisfatto quando al 31.12 si rinvergono tutte le pubblicazioni aggiornate nei siti aziendali
<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	Nessuno
<b>Fonte/Flusso dati</b>	Nessuno
<b>Allegati</b>	Nessuno

LEA **PROCESSI DI** *F Rispetto delle direttive regionali*

**SUPPORTO**

**Obiettivo** S.F.1 **Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)**

**Indicatore** S.F.1.1 **% richieste puntualmente soddisfatte**

**Soglia** 100%

**PRE-REQUISITO** No

**Punti**

ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	AOPD	AOUIVR	IOV
Mantenimento											

<b>Livello di Assistenza</b>	F Rispetto delle direttive regionali
------------------------------	--------------------------------------

<b>Adempimento LEA</b>	
------------------------	--

<b>Linea del PSSR 2019-2023</b>	
---------------------------------	--

<b>Struttura regionale Responsabile</b>	DIR RISORSE STRUMENTALI SSR
---	-----------------------------

<b>Struttura di azienda Zero a supporto</b>	---
---	-----

<b>Descrizione delle richieste e del metodo di verifica</b>	<p>Il comma 3 ter dell'Art.4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010, come novellata dall'art. 12 della L.R. 19/2016, prevede “Per i direttori generali delle Aziende ULSS l'inadempimento o l'adempimento parziale o difforme all'obbligo di cui al comma 3 [n.d.r. “obbligo di fornire, entro i termini indicati dalla struttura ispettiva, la documentazione richiesta e di consentire l'accesso alle proprie sedi e ai locali destinati all'esercizio dell'attività”] costituisce elemento funzionale alla valutazione annuale di competenza della Giunta regionale e della competente commissione consiliare di cui al comma 8 quinquies e seguenti dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56”.</p> <p>Si richiede pertanto di ottemperare a tutte le richieste che la “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” dovesse avanzare all'Azienda.</p> <p><b>La mancata soddisfazione delle richieste provenienti dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza comporterà una penalizzazione fino a un massimo di 1 punto.</b></p>
---	---

<b>Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende</b>	Non è prevista reportistica
--	-----------------------------

<b>A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?</b>	L'Azienda risulta adempiente se le eventuali richieste di verifica provenienti dalla struttura ispettiva, sono soddisfatte nei tempi previsti. Eventuali segnalazioni di inadempienza o ritardo proveniente dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” saranno invece prova di mancato raggiungimento dell'obiettivo.
--	--

<b>Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica</b>	
--	--

<b>Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico</b>	Nessuno
---	---------

<b>Allegati</b>	Nessuno
-----------------	---------

## **Allegato Obiettivo D.H.3 Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica**

1. Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne la reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti
2. Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso

### **1. Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne la reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti**

1.1 Introduzione. Ci si propone di ottimizzare l'organizzazione della gestione dell'urgenza in salute mentale. A tal fine appare utile prevedere la disponibilità di specialisti afferenti ai dipartimenti e alle aziende ospedaliere attraverso un modello di integrazione favorendo, ove possibile, una reperibilità a distanza attraverso gli strumenti della televisita e del teleconsulto.

1.2 Integrazione dipartimentale, aziendale e interaziendale, per costituzione di una nuova organizzazione per l'intervento in urgenza in psichiatria: modello hub e spoke

Concetti chiave:

- L'urgenza psichiatrica
- Guardia attiva
- Reperibilità in televisita e teleconsulto spoke

1.3 L'urgenza psichiatrica necessita di una gestione specialistica. Lo psichiatra è in grado, per la formazione specialistica acquisita, di formulare delle ipotesi diagnostiche, considerare delle diagnosi differenziali, chiedere il confronto di altri specialisti, richiedere degli approfondimenti necessari, impostare un'eventuale terapia farmacologica, considerare la necessità di una osservazione in ambiente ospedaliero o di un ricovero in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. La peculiarità dell'urgenza psichiatrica trova nello specialista la figura necessaria per la valutazioni diagnostiche e le indicazioni terapeutiche del caso.

Ciò rende indispensabile la presenza/reperibilità 24 ore su 24 di specialisti a disposizione per interloquire con i colleghi e le unità deputate alla gestione delle urgenze mediche, 118, PS, reparti ospedalieri.

In particolare appare utile prevedere almeno un punto di intervento in guardia attiva per le casistiche in cui emergano gravi disturbi del comportamento per problematiche psicopatologiche ovvero legate a comorbidità con le aree diagnostiche contermini.

L'ottimizzazione della rete di assistenza psichiatrica urgente permette la garanzia di qualità di valutazione e intervento senza rinunciare alla fondamentale competenza dello specialista e senza appesantire l'organizzazione del lavoro nel territorio e nelle aziende ospedaliere.

Si propone pertanto di organizzare nella Regione Veneto, a livello aziendale e, ove necessario, interaziendale la gestione dell'urgenza psichiatrica che asseconi l'assetto dei presidi di assistenza sanitaria secondo il modello di hub e spoke.

Nello specifico si ritiene opportuno che vengano valutati e definiti modelli interaziendali fra le AULss 3 e 4, fra le AULss 7 e 8, fra AULss 6 e AOUI PD e fra AULss 9 e AOUI VR.

1.4 Hub costituiranno il polo medico per una gestione attiva nelle 24 ore dell'urgenza psichiatrica attraverso:

- guardia attiva con copertura della presenza medica psichiatrica nelle 24 ore
- disponibilità di valutazione in presenza delle urgenze
- disponibilità per i ricoveri urgenti con un numero di posti letto riservati a tale scopo per il territorio di riferimento dell'ULSS
- raccordo per il confronto con i colleghi in reperibilità spoke

1.5 Spoke: i centri di assistenza psichiatrica periferica saranno organizzati attraverso:

- reperibilità psichiatrica in P.S. e/o consulenza psichiatrica urgente in televisita e teleconsulto

## **2. Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso**

2.1 Introduzione. La telemedicina sta costituendo un moderno elemento della nuova assistenza sanitaria. Essa consente di attivare valutazioni e di impostare indicazioni terapeutiche a distanza, spesso fino a casa del paziente, consentendo una rapida valutazione, ad esempio nel caso di un'urgenza con un importante risparmio di tempo, senza dover attivare necessariamente risorse ambulatoriali o ospedaliere in loco. Ovviamente vanno garantite la privacy e la tutela dei dati personali. Alcune nuove strumentazioni dell'era digitale consentono l'invio di dati in tempi molto rapidi con strumentazioni facili da usare, ad esempio per una valutazione dei parametri pressori, fc, saturazione o anche di elementi estrapolabili da un ecg. La prima valutazione psichiatrica si basa sul colloquio clinico psichiatrico, attraverso un esame obiettivo psichico. Un colloquio a distanza, pur perdendo della presenza fisica con la possibilità di osservazione di tutti gli elementi complessi che costituiscono la valutazione psichiatrica, non certo riducibili al solo contenuto dell'eloquio del paziente, può tuttavia basarsi in una prima battuta su un confronto a distanza attraverso un audio-video collegamento.

Le disposizioni di distanziamento e di limitazioni dei contatti per la gestione dell'attuale pandemia in atto da SARS COV 2, ha permesso di attivare nuovi strumenti anche nell'ambito psichiatrico che hanno consentito ad oggi delle valutazioni di efficacia e delle considerazioni dei limiti di tali strumenti. Necessariamente cambia il contesto, quindi con tutti i limiti della compresenza fisica, ma emergono i vantaggi, non solo palliativi, di un contatto a distanza. Le esperienze mostrano anche alcuni aspetti inattesi di un colloquio in regime di telemedicina. Ad esempio l'osservazione del paziente nel suo ambiente di vita, la possibilità di un colloquio senza che l'utente debba spostarsi dal contesto dove si trova, la

possibile compresenza di altri familiari o persone vicine che possono essere coinvolte nel colloquio.

## 2.2. Televisita e teleconsulto psichiatrici.

Definiamo la televisita psichiatrica come la visita psichiatrica effettuata dallo specialista al paziente a distanza attraverso gli strumenti informatici on line.

Definiamo il teleconsulto psichiatrico come il consulto effettuato dallo specialista psichiatra al collega a distanza attraverso gli strumenti informatici on line.

Concetti chiave:

- Telemedicina, sviluppi recenti.
- Strumenti per la telemedicina e la consulenza psichiatrica da remoto: la televisita e il teleconsulto.

## 2.3 Colloquio di valutazione psichiatrica urgente in telemedicina: contesto:

- in un Pronto Soccorso
- in un reparto medico
- in un SPDC

Gli strumenti informatici di cui disporre:

- audio
- video
- piattaforma digitale unica ufficiale
- le garanzie della privacy

## 1+2 Riassunto:

Organizzazione della consulenza psichiatrica urgente

- hub: centro di riferimento psichiatrico con guardia psichiatrica attiva nelle 24 ore e disponibilità di posti letto per le urgenze
- spoke: valutazione psichiatrica periferica con reperibilità in PS ovvero in televisita e teleconsulto
- in hub la valutazione avviene direttamente a carico dello specialista di guardia
- in spoke la valutazione avviene in presenza ovvero a distanza a carico dello specialista in reperibilità
- tale organizzazione richiede un elevato grado di integrazione formalizzata in particolare con il P.S., il SUEM e le Forze dell'Ordine.

## Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario

### Elenco indicatori completezza e qualità dei flussi delle attività

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
1	SDO: Totale Dimessi inviati entro la data di riferimento evento dimissione / totale dimessi del periodo	≥ 95% fasi 10-11  ≥ 98% fase 12  100% fase 13	Tempestività e completezza. Si richiede che la percentuale di SDO inviate rispetto al numero di dimissioni attese sia ≥ 95% nelle fasi 10 e 11 di trasmissione, 98% nella fase 12 e 100% nella fase 13.
2	SDO: Media dei principali errori riscontrati sul totale schede presenti alla scadenza dei periodi di invio	≤ 0,5 a partire dai dati della fase 10 (competenza Gennaio-Ottobre)	<p>Media dei principali errori riscontrati sul totale schede inviate</p> $x = \frac{\sum E_i}{\text{Totale SDO}}$ <p>dove <math>E_i</math> = numero schede SDO con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Errore Data di prenotazione</li> <li>- Errore Classe di priorità</li> <li>- Errore Data di trasferimento</li> <li>- Errore Ora di trasferimento</li> <li>- Errore Unità operativa di trasferimento</li> <li>- Errore Diagnosi principale</li> <li>- Errore Diagnosi secondaria</li> <li>- Errore Intervento principale</li> <li>- Errore Data intervento principale</li> <li>- Errore Ora intervento principale</li> <li>- Errore Identificativo chirurgo intervento principale</li> <li>- Errore Identificativo anestesista intervento principale</li> <li>- Errore Intervento secondario</li> <li>- Errore Data intervento secondario</li> <li>- Errore Ora intervento secondario</li> <li>- Errore Identificativo chirurgo intervento secondario</li> <li>- Errore Identificativo anestesista intervento secondario</li> <li>- Errore Progressivo scheda della puerpera</li> <li>- Errore Causa esterna</li> </ul> <p>NB: poiché una scheda SDO può presentare più di un errore, al numeratore sono considerati i singoli errori (anche se concorrono alla stessa SDO). In merito all'errore "identificativo anestesista intervento principale", solo nel caso di assenza di anestesista (anestesia locale), è stato chiesto agli Uffici Ministeriali l'opportunità di inserire il codice "chirurgo principale", in rispetto dei contenuti della documentazione clinica sull'intervento. Si è in attesa di riscontro.</p>
3	SDO: Integrità relazionale tra i tracciati del nuovo flusso SDO	100%	<p>I 5 tracciati (Z1, Z2, Z3, Z4, Z5) del flusso SDO devono rispettare assolutamente l'integrità relazionale cioè mantenere la molteplicità tra il tracciato anagrafico/ricoveri e le diagnosi ed eventuali trasferimenti/interventi.</p> <p>Per esempio un assistito ha sempre i dati anagrafici, di ricovero e di diagnosi ma può avere o meno i dati inerenti a trasferimenti ed interventi.</p> <p>Nel caso in cui non ci siano dati per i trasferimenti e/o interventi devono comunque essere trasmessi, a portale</p>

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
			regionale, i tracciati Z3 e Z5 come file vuoti. Quando a portale regionale è presente un errore di integrità relazionale (simbolo X nera: I - Errore bloccante per l'intero invio non valido) del tipo chiavi duplicate o mancata corrispondenza tra archivi, l'intero invio dei 5 tracciati non è validato e quindi non è trasmesso al Ministero della Salute; pertanto bisogna correggere immediatamente tale errore di integrità.
4	SDO: Rispetto delle linee guida sulla compilazione delle SDO nei casi di Sars-Cov2	≥90%	Rispetto delle linee guida per l'omogenea codifica delle SDO per i casi affetti da malattia Sars-Cov2 rif. DM del 28/10/2020 . Il monitoraggio verrà trasmesso con cadenza mensile dalla UOC Analisi Attività Assistenziali Sanitarie e Socio-Sanitarie. Saranno valutate le fasi di invio 12 e 13.
5	SI AVR- Covid Ricoveri	>=95%	Registrazione ingressi, trasferimenti, dimissioni, decessi dei ricoveri in Siavr Covid entro 2 giorni da effettivo avvenimento, calcolato da settembre 2021.
6	DEMA-SPS	≤ 1%	Difficoltà per ricetta tra le informazioni indicate in ricetta dematerializzata e le corrispondenti informazioni contenute nel flusso SPS. Si prevede una tolleranza di disallineamento pari al 1% del numero di ricette dematerializzate. Saranno valutati i dati dall'invio di Novembre (fase 22 competenza Ottobre).
7	SPS/ART. 50	≤ 1%	Difficoltà per prestazione tra le informazioni indicate nel flusso SPS e quelle descritte nel flusso SOGEI/Art.50, per le prestazioni previste da entrambi i flussi. Saranno valutati i dati dall'invio di Novembre (fase 22 competenza Ottobre).
8	ART. 50:	≥ 90%	Corretta copertura dei campi relativi a: - Data di prenotazione - Data di erogazione della prestazione - Tipo accesso - Classi di priorità - Garanzia dei tempi massimi.
9	EMUR PS: Strutture invianti / strutture attese	100%	Indicatore di completezza delle strutture invianti, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
10	EMUR PS: Numero record anno corrente/ Numero record anno precedente	≥80% e ≤120%	Indicatore di completezza dei record trasmessi, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
11	EMUR PS: Totale record con campo diagnosi principale valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi	≥95%	Indicatore di qualità della corretta compilazione del campo diagnosi principale, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
12	EMUR PS: Contenuto informativo del campo diagnosi principale	≤2%	Accessi aventi codifica della diagnosi principale con codice aspecifico (codici: 799.8 - 799.9 - V82.8 - V82.9), valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
13	EMUR PS: Percentuale di accessi con OBI aventi Utente "pagante"	0%	Indicatore di qualità del corretto utilizzo dell'OBI, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre). Sono esclusi dal computo gli accessi con esito 07-Abbandono del DEA/PS in corso di accertamenti e prima della chiusura della cartella clinica e gli accessi di Pazienti sprovvisti di tessera TEAM.

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
14	EMUR 118: Centrali operative invianti / Centrali operative attese	100%	Indicatore di completezza delle centrali operative invianti, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
15	EMUR 118: N. di interventi effettuati dal 118 anno 2021 / N. di interventi effettuati dal 118 anno 2020	≥90%	Indicatore di completezza dei record trasmessi, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
16	EMUR 118: Totale record con campo istituto di destinazione valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi.	≥95%	Indicatore di qualità della corretta compilazione del campo istituto di destinazione, valutato dall'invio di Novembre (competenza ottobre).
17	Flusso STH Cure termali: rispetto delle scadenze	100%	Indicatore di Tempestività. Si chiede il rispetto delle scadenze previste. [solo per ULSS 3, ULSS 4, ULSS 6, ULSS 8, ULSS 9]
18	FAR: Rapporto Assistiti Semiresidenziali FAR / Utenti STS24-Quadro F (S09)	≥ 80% <= 120%, <i>a fine anno</i> ≥ 90% <= 110%	Livello di analisi: strutture STS11 (Tipologia di assistenza S09) – coerenza - completezza Indicatore di coerenza con il modello STS24 – quadro F NUMERO UTENTI flusso FAR attività semiresidenziale (*) / Numero utenti rilevati con modello STS24-Quadro F- Tipo assistenza=2 (Assistenza Anziani) Valore di riferimento = 100 . L'indicatore viene calcolato nel corso dell'anno come proiezione utilizzando per STS24 i dati dell'anno precedente e dal 31/1. anno successivo viene calcolato con i valori reali inseriti per STS24 anno. A fine anno : Accettazione della variabilità = ± 10% (indicatore LEA) <b>Per il flusso si rilevano gli utenti con tipo utente 1 (Residenti con IDR ricoverati presso una UDO della stessa ULSS) e tipo utente 4 (Non residenti con IDR ricoverati presso una UDO della ULSS) e tipo di trattamento socio-assistenziale previsto (tracciato impegnative) = 5. [*nota]</b>
19	FAR: Rapporto Assistiti Residenziali FAR / Utenti STS24-Quadro G (S09)	≥ 80% <= 120% <i>a fine anno</i> ≥90% <= 110%	NUMERO UTENTI flusso FAR attività residenziale (*) / Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G- Tipo assistenza=2 (Assistenza Anziani) Modalità e criteri di accettabilità come indicatore precedente. (indicatore LEA) <b>Per il flusso si rilevano gli utenti con tipo utente 1 (Residenti con IDR ricoverati presso una UDO della stessa ULSS) e tipo utente 4 (Non residenti con IDR ricoverati presso una UDO della ULSS) e tipo di trattamento socio-assistenziale previsto (tracciato impegnative) = da 1 a 6 – escluso 5. Assistenza semiresidenziale anziani (Centro Diurno);. [*nota]</b>

(\*) numero di utenti che durante l'anno hanno usufruito dell'assistenza semiresidenziale presso la struttura. Sono gli utenti all'inizio dell'anno più i nuovi utenti inseriti nell'anno (se un soggetto viene dimesso in corso d'anno e successivamente riammesso viene conteggiato una sola volta - Conteggio dei soggetti (es. C.F.) non delle prese in carico .  
DWH:soggetto FAR : [FAR Report di riscontro STS24](#)

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
20	FAR: % Prese in carico con errore bloccante, nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio di calendario.	<= 10 %, a fine anno per adempimento <5%  (La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del dato cumulato disponibile a fine periodo invio mensile – invio + periodo per correzioni (percentuale peso della storicità da definire).	Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione.  Si conteggiano le Prese in carico con errore Bloccante (regionale o ministeriale) sul totale delle Prese in Carico.  I criteri di definizione dei controlli bloccanti sono specificati nel documento "Controlli "e nel documento "Modalità di calcolo indicatori " pubblicati a portale gestione del flusso FAR. Le prese in carico coinvolte possono essere analizzate scaricando i dati errori da portale gestione flusso. Il valore valutato è quello relativo all'ultimo invio, precedente al monitoraggio e conclusivamente su valori e soglie dell'intero anno.
21	FAR: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	< 20%	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Tempestività: Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio. Il calcolo cumulato a fine anno descrive il rispetto della tempistica. **
22	Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	< 10%	% 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. Il calcolo cumulato a fine anno descrive il rispetto della tempistica. ** <i>Verifica l'invio di eventi con date relative ai periodi precedenti a quello di calendario (es. invio di ingressi o dimissioni di gennaio con l'invio dell'attività di marzo...) superiori % alla soglia.</i> <i>La gestione dei controlli relativi a questo indicatore è in fase di predisposizione, ne è prevista l'attivazione con il nuovo portale,</i> <i>È un indicatore di osservazione non coinvolto direttamente nella valutazione di adempienza.</i>

**\*\*** Questi indicatori verificano l'invio di eventi con date relative ai periodi precedenti a quello di calendario (es. invio di ingressi o dimissioni di gennaio con l'invio dell'attività di marzo...) superiori % alla soglia. È un indicatore di osservazione non coinvolto direttamente nella valutazione di adempienza.

Come già condiviso in varie occasioni, NSIS sta progressivamente applicando le politiche di controllo di "competenza eventi" rispetto alle date di invio per quasi tutti i flussi ed un evento fuori calendario viene scartato. Questi eventi non possono essere inviati se non con una specifica richiesta via pec, riapertura del portale ed elaborazione specifica. Gli indicatori regionali di "congruenza eventi/calendario invio" hanno lo scopo di monitorare questo processo. Le aziende dovranno utilizzare i periodi previsti di correzione dei dati per il portale regionale. Le richieste di riapertura fuori calendario saranno monitorate e avranno un ruolo nella determinazione del raggiungimento dell'obiettivo tempistica.

*La gestione dei controlli relativi a questo indicatore è in fase di predisposizione, ne è prevista l'attivazione con il nuovo portale.*

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
23	APT (SISM): Differenza Assistiti APT Residenziali Semiresidenziali / Utenti indicati su STS24.	< 10% a fine anno	<p>Indicatore di coerenza con il modello STS24 -/ completezza</p> <p>Numero di assistiti rilevati con il flusso SISM / [Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro F - Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica)] + [Numero utenti rilevati con modello STS24 - Quadro G-Tipo assistenza=1 (Assistenza psichiatrica)]</p> <p>L'indicatore viene calcolato nel corso dell'anno come proiezione utilizzando per STS24 i dati dell'anno precedente e dal 31.1. anno successivo viene calcolato con i valori reali inseriti per STS24 anno.</p> <p>(indicatore LEA)</p> <p><i>La valutazione viene effettuata per le cartelle di residenti della ulss ospiti di strutture residenziali e semiresidenziali localizzate nel territorio Ulss.</i></p> <p><i>I Controlli che verificano io rispetto dell'adempimento sono specificati nel documento "Modalità di calcolo indicatori " pubblicati con la documentazione nel portale gestione del flusso .</i></p> <p><i>Si conteggiano gli utenti (una sola volta anche in caso di più ingressi e uscite). Il confronto si effettua con il totale per struttura dei residenti ospiti in strutture della ulss con la colonna - sts24 (utenti residenti nella ulss ) Il numero degli utenti residenziali è sostanzialmente stabile , il numero degli utenti semiresidenziali progressivamente porterà l'indicatore a convergere verso il valore definito.</i></p> <p><i>Report dwhsoggetto Psichiatria : <a href="#">Report di riscontro STS24 - APT</a></i></p>
24	APT (SISM) – Tracciato Attività Territoriale – Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata / totale record inviati.	> 90 % a fine anno  La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno	<p>Valore di riferimento = 100</p> <p>Accettazione della variabilità = 10%</p> <p>(indicatore LEA)</p>
25	APT (SISM) – percentuale di cartelle aperte senza prestazioni per periodo > 180 giorni.	< 10% fine anno per adempimento	<p>Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione .</p> <p>La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del dato cumulato (percentuale da definire).</p> <p>(indicatore LEA)</p> <p><i>Nell'applicazione iniziale l'indicatore viene valutato sommando i casi di cartelle aperte da più di 180 gg senza prestazioni (segnalate da apposito controllo) .</i></p>
26	APT (SISM): Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	< 10%	<p>% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza .</p> <p><i>Verifica l'invio di eventi con date relative ai periodi precedenti a quello di calendario (es. invio di ingressi o dimissioni di gennaio con l'invio dell'attività di marzo...) superiori % alla soglia,.</i></p> <p><i>Le date evento che saranno monitorate previste da NSIS sono: data chiusura scheda, data prestazione, data dimissione (entro il periodo – semestre di riferimento)</i></p>

ID	FLUSSO / INDICATORE	VALORE SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
27	APT (SISM): Percentuale di errori bloccanti presenti a fine periodo invio di calendario ,	< 10% , <5% a fine anno per adempimento	<p>Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio e cumulato a fine anno che descrive la qualità della gestione .</p> <p>La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno ma tiene anche conto del nr. cumulato degli errori presenti nell'ultimo invio effettuato entro il periodo di calendario ufficiale Il peso degli errori sarà maggiore per le informazioni relative alle prestazioni di presenza in struttura residenziale e semiresidenziale.</p> <p>Si conteggiano le Cartelle con errore Bloccante (regionale o ministeriale) sul totale delle Cartelle</p> <p>I criteri di definizione dei controlli bloccanti sono specificati nel documento "Controlli "e nel documento "Modalità di calcolo indicatori " pubblicati a portale gestione del flusso FAR. Le prese in carico coinvolte possono essere analizzate scaricando i dati errori da portale gestione flusso.</p>
28	SIND: Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2021 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2020	≥ 90	Indicatore di coerenza serie storica
29	SIND: Tracciato attività – sostanze d'uso: Numero dei record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore / totale record inviati.	≥ 90	Indicatore di qualità. Il codice sostanza "99 non noto/non risulta" sarà considerato non valido, pertanto sarà escluso dal numeratore dell'indicatore sopra rappresentato.
30	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria): Per ogni flusso informativo viene valutata la completezza dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	>=95% o 100% a fine periodo di caricamento previsto	<p>Completezza e copertura: saranno applicati i criteri di verifica definiti dal questionario LEA relativamente a contenuti completezza, che prevedono soglie che vanno dal 95 % al 100% (indicatore LEA)</p> <p>La documentazione di dettaglio dei criteri utilizzati per la valutazione della completezza e della qualità dei dati rilevati attraverso i modelli delle attività gestionali delle strutture sanitarie, ai fini degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, è pubblicata nell'Access Portal del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, all'interno della sezione "Repertorio metadati – NSIS". obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel D.M. 12 dicembre 2001 (Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005).</p> <p><a href="#">Dashboard LEA - Obblighi Informativi Statistici</a></p>
31	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria): Per ogni flusso informativo viene valutata la qualità dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	>=95% o 100% a fine periodo di caricamento previsto	<p>Qualità: Sarà monitorato anche il rispetto dei tempi di compilazione e il corretto riscontro alle segnalazioni di incongruenza inviate periodicamente via email alle aziende a partire dai riscontri NSIS. Riferimenti criteri di valutazione: come il precedente indicatore Completezza. (indicatore LEA)</p>

## Elenco indicatori completezza e qualità dei flussi beni sanitari

ID INDICATORE	FLUSSO / INDICATORE	SOGLIA 2021	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
S.B.4.1	<i>Registro Navigatore - NAV (Epatite C): completezza dei dati inseriti</i>	100%	Inserimento nel registro NAV dei pazienti avviati al trattamento. Il numero dei pazienti avviati al trattamento inseriti nel registro NAV dovrà coincidere con il totale dei pazienti avviati al trattamento inseriti nel registro AIFA
S.B.4.2	<i>Percorso informatizzato per la richiesta di farmaci ad uso off-label: completezza dei dati inseriti</i>	100%	Verifica annuale di congruità tra numero di richieste (proprie e congiunte) valutate dalla Direzione Sanitaria sul totale delle richieste valutate e dichiarate attraverso autocertificazione.
S.B.4.3	<i>Percorso informatizzato per la richiesta di farmaci ad uso off-label: completezza e qualità dei dati inseriti</i>	100%	Per ogni singola richiesta con parere favorevole da parte della Direzione Sanitaria: verifica semestrale di congruità tra il numero di monitoraggi, dispensazioni e spesa inseriti nel percorso informatizzato e numero di monitoraggi, dispensazioni e spesa effettivamente sostenuti e dichiarati attraverso autocertificazione.
S.B.4.4	<i>Miglioramento delle attività di sperimentazione clinic: completezza e qualità dei dati inseriti</i>	100%	% schede di fattibilità e budget compilate nella piattaforma regionale (studi approvati nell'anno di osservazione) per studi interventistici con farmaci o dispositivi medici
S.B.4.5	<i>Consumo territoriale di farmaci oppioidi</i>	incremento vs 2020 > 1% (solo ULSS)	Rapporto tra consumo di farmaci oppioidi (atc: N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AB03, N02AE01, N02AX02, N02AX06) in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione pesata residente nell'ULSS

## Allegato tecnico al Vademecum Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivo S.B.1.1

### 1. Premessa

Nell'evoluzione dei servizi FSEr si è reso necessario: espandere l'indice iQI (indice di qualità di indicizzazione) a nuove tipologie documentali indicizzate ma non rese disponibili attraverso i servizi FSEr, introdurre controlli sui metadati dei referti indicizzati e erogati in regime di ricovero e all'interno di episodi di pronto soccorso e monitorare l'indicizzazione dei referti prodotti a seguito dell'esecuzione di test diagnostici del virus SARS-CoV-2.

A tale scopo l'indice iQI definito nel documento "*Allegato tecnico Vademecum Obiettivi DG 2018 DGR 230/2018: Definizione indice di qualità di indicizzazione delle aziende sanitarie (iQI)*" e in seguito nominato "*Allegato iQI*" viene utilizzato anche per monitorare le tipologie documentali indicizzate ma non ancora rese visibili attraverso i servizi FSEr e per i documenti indicizzati in regime di ricovero o pronto soccorso (secondo le specificità riportate nel paragrafo "iQI per referti per interni").

Il sub-indicatore "Volume indicizzazione aziendale" non verrà preso in considerazione per i referti prodotti in regime di ricovero o pronto soccorso e per le nuove tipologie documentali non ancora rese visibili attraverso i servizi FSEr.

Ai fini dell'obiettivo come riportato nel documento "Allegato iQI", sarà valutato il valore migliore dell'indice iQI nel periodo di riferimento individuato. Il valore dell'indice iQI è calcolato per azienda sanitaria per tipologia di documento clinico e per regime di erogazione, il valore dell'obiettivo è definito come valore medio dell'indice iQI delle  $n$  tipologie documentali differenziati per regime di erogazione più i referti prodotti in regime di screening e medicina preventiva a seguito di test diagnostici del virus SARS-CoV-2.

In particolare:

- per l'iQI delle tipologie documentali rese visibili nel 2021 attraverso i servizi FSEr al cittadino ed agli operatori sanitari, sono considerate le medie dei valori iQI delle singole tipologie documentali a seconda del regime di erogazione, di seguito riportate:
  - referti di laboratorio per esterni;
  - referti di anatomia patologica per esterni;
  - referti di radiologia per esterni;
  - verbali di pronto soccorso;
  - lettere di dimissioni;
  - referti di laboratorio per interni;
  - referti di anatomia patologica per interni;
  - referti di radiologia per interni;
  - referti di laboratorio in regime di screening e medicina preventiva a seguito di test diagnostici del virus SARS-CoV-2.
- per l'iQI delle tipologie documentali indicizzate su FSEr ma non ancora rese visibili attraverso i servizi FSEr al cittadino ed agli operatori sanitari, sono considerate le medie dei valori iQI delle singole tipologie documentali a seconda del regime di erogazione, di seguito riportate:
  - referti di cardiologia per esterni;
  - referti di diabetologia per esterni;



- referti di gastroenterologia per esterni;
- referti di oncologia per esterni;
- referti di cardiologia per interni;
- referti di diabetologia per interni;
- referti di gastroenterologia per interni;
- referti di oncologia per interni.

L'obiettivo verrà valutato in data 28/02/2022.

## 2. iQI per referti per interni

I referti per interni considerati sono un insieme dei referti indicizzati con il metadato `healthCareFacilityTypoCode='Ospedale'` e il metadato `administrativeRequest='INPATIENT'`.

L'indice iQI per i referti per interni sarà costituito dai seguenti sub-indicatori:

1. Performance repository
2. Qualità dei metadati

Il sub-indicatore performance repository risulta già definito nel documento "Allegato iQI", mentre per quanto concerne il sub-indicatore "Qualità dei metadati", essendo necessari definire differenti controlli rispetto ai referti prodotti in regime ambulatoriale, questi vengono di seguito riportati.

In particolare, rispetto ai controlli previsti nel documento "Allegato iQI", sono eliminati i controlli C.6.1.a.6 e C.6.1.a.8 e aggiunti i controlli C.6.1.a.10 e C.6.1.a.11.

ID	INDICATORE	VALORE SOGLIA	NOTE
C.6.1.a.5	Firma e classCode	=100%	<p>L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale di documenti per i quali i metadati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ MIMEtype</li> <li>○ formatCode</li> <li>○ typeCode</li> <li>○ classCode</li> </ul> <p>risultano valorizzati secondo le specifiche regionali ed in modo tra loro coerente rispetto al totale dei documenti indicizzati dall'azienda sanitaria negli ultimi 30 giorni.</p> <p>In particolare, i metadati MIMEtype e formatCode dovranno soddisfare i seguenti requisiti di congruità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ formatCode="urn:ad:rve:pdf" e mimeType="application/pkcs7-mime"</li> <li>○ formatCode="urn:ad:rve:pdf" e mimeType="application/pdf"</li> <li>○ formatCode="urn:oid:2.16.840.1.113883.2.9.10.1.1.1" e mimeType="application/pkcs7-mime"</li> <li>○ formatCode="urn:oid:2.16.840.1.113883.2.9.10.1.1.2" e mimeType="application/xml"</li> </ul>



			Analogamente dovrà essere garantita la congruità tra il classCode ed il typeCode, secondo quanto riportato nella Tabella 1 del documento "Allegato iQI".
C.6.1.a.7	administrativeRequest	=100%	L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale di documenti per i quali il metadato administrativeRequest è valorizzato secondo specifiche rispetto al totale dei documenti indicizzati, ovvero: Il primo elemento del metadato (CE.1) deve essere INPATIENT e il terzo elemento del metadato (CE.3) deve essere ADMINISTRATIVE_TYPE
C.6.1.a.9	RenderingMethod	=100%	L'indicatore è calcolato per la sola tipologia documentale dei referti di laboratorio. L'indicatore è calcolato come percentuale di documenti per i quali il metadato renderingMethod è valorizzato secondo specifiche regionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>o CXi.1 comincia per 'http'</li> <li>o CXi.4="urn:ietf:rfc:3986" e</li> <li>o CXi.5= "urn:rve:2017:rendering:xsl-html"</li> </ul>
C.6.1.a.10	AdministrativeRequest e referenceIdList	≥90%	L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale del numero di documenti con administrativeRequest='INPATIENT', healthCareFacilityTypecode='ospedale' e il referenceIdList contiene almeno un'occorrenza con CXi.5 'urn:ihe:iti:xds:2013:accession' o 'urn:rve:2016:admissionNumber' rispetto al numero di documenti con administrativeRequest='INPATIENT' e healthCareFacilityTypecode='ospedale'
C.6.1.a.11	AdministrativeRequest e referenceIdList	≥70%	L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale del numero di documenti con administrativeRequest='INPATIENT', healthCareFacilityTypecode='ospedale' e il referenceIdList contiene almeno un'occorrenza con con valore del CXi.1 uguale al valore CXi.1 dell'referenceIdList di una LDO indicizzata o di un Verbale di PS indicizzato rispetto al numero di documenti con administrativeRequest='INPATIENT' e healthCareFacilityTypecode='ospedale'

### 3. iQI per indicizzazione referti COVID

L'indice iQI per i referti per interni sarà costituito dai seguenti sub-indicatori:

1. Performance repository
2. Qualità dei metadati
3. Volume di indicizzazione

L'indice iQI per il monitoraggio dell'indicizzazione dei referti prodotti a seguito dell'esecuzione di test diagnostici del virus SARS-CoV-2, prevede delle specificità sia per il sub-indicatore "Qualità metadati" sia per il sub-indicatore "Volume indicizzazione aziendale". Il calcolo sub-indicatore "Qualità repository" sarà eseguito secondo quanto specificato nell'"Allegato iQI".

Pertanto si riportano nei successivi paragrafi le nuove modalità di calcolo dei sub-indicatori relativi a "Qualità metadati" e "Volume indicizzazione aziendale".

### 3.1. Qualità dei metadati

Si riportano i controlli che verranno effettuati sui metadati dei documenti indicizzati. In particolare, rispetto ai controlli previsti nel documento "Allegato iQI", è modificato il C.6.1.a.6 ed eliminato il controllo C.6.1.a.8.

ID	INDICATORE	VALORE SOGLIA	NOTE
C.6.1.a.5	Firma e classCode	=100%	<p>L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale di documenti per i quali i metadati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o MIMETYPE</li> <li>o formatCode</li> <li>o typeCode</li> <li>o classCode</li> </ul> <p>risultano valorizzati secondo le specifiche regionali ed in modo tra loro coerente rispetto al totale dei documenti indicizzati dall'azienda sanitaria negli ultimi 30 giorni.</p> <p>In particolare, i metadati MIMETYPE e formatCode dovranno soddisfare i seguenti requisiti di congruità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o formatCode="urn:ad:rve:pdf" e mimeType="application/pkcs7-mime"</li> <li>o formatCode="urn:ad:rve:pdf" e mimeType="application/pdf"</li> <li>o formatCode="urn:oid:2.16.840.1.113883.2.9.10.1.1.1" e mimeType="application/pkcs7-mime"</li> <li>o formatCode="urn:oid:2.16.840.1.113883.2.9.10.1.1.2" e mimeType="application/xml"</li> </ul> <p>Analogamente dovrà essere garantita la congruità tra il classCode ed il typeCode, secondo quanto riportato nella Tabella 1 del documento "Allegato iQI".</p>
C.6.1.a.6	referenceIdList	≥98%	<p>L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale di documenti per i quali il metadato referenceIdList è valorizzato secondo specifiche rispetto al totale dei documenti indicizzati, ovvero:</p> <p>Cxi.5='urn:ihe:iti:xds:2013:order'</p>
C.6.1.a.7	administrativeRequest	=100%	<p>L'indicatore è calcolato per tipologia documentale come percentuale di documenti per i quali il</p>



			metadato administrativeRequest è valorizzato secondo specifiche rispetto al totale dei documenti indicizzati, ovvero: Il primo elemento del metadato (CE.1) deve essere SSN e il terzo elemento del metadato (CE.3) deve essere ADMINISTRATIVE_TYPE
C.6.1.a.9	RenderingMethod	=100%	L'indicatore è calcolato per la sola tipologia documentale dei referti di laboratorio. L'indicatore è calcolato come percentuale di documenti per i quali il metadato renderingMethod è valorizzato secondo specifiche regionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>o CXi.1 comincia per 'http'</li> <li>o CXi.4="urn:ietf:rfc:3986" e</li> <li>o CXi.5= "urn:rve:2017:rendering:xsl-html"</li> </ul>

### 3.2. Volume indicizzazione aziendale

Per l'indicizzazione dei referti derivanti dall'esecuzione di test diagnostici del virus SARS-CoV-2, verranno considerati nella valutazione dell'indice i referti prodotti a seguito di richiesta attraverso il sistema di screening regionale o erogati internamente all'azienda sanitaria come medicina preventiva.

Il numeratore conterrà il conteggio dei referti di laboratorio indicizzati con il metadato *healthcareFacilityTypeCode* valorizzato come "Prevenzione" e il metadato *eventCodeList* valorizzato con almeno un codice CVP di seguito riportato: 91.12.1\_0, 91.12.P\_0 , 91.12.M\_0 e uno dei codici del CVP relativi all'NTR 91.13.1.

Il denominatore, ovvero tutti i referti prodotti a seguito di richiesta attraverso il sistema di screening regionale o erogati internamente all'azienda sanitaria come medicina preventiva esecuzione di test diagnostici del virus SARS-CoV-2, dovrà essere autodichiarato dalle singole Aziende Sanitarie.

La percentuale dei referti indicizzati rispetto alle relative prestazioni refertate deve essere >90%.

Per quanto concerne la refertazione di prestazioni richieste da un'altra azienda sanitaria perché derivanti da una richiesta in service, tale richiesta verrà conteggiata nel denominatore all'azienda che produce il referto in quanto tenuta ad indicizzazione il relativo referto prodotto per la prestazione richiesta.

-----

Eventuali chiarimenti possono essere inviati alla mail "[sistemi.informativi@azero.veneto.it](mailto:sistemi.informativi@azero.veneto.it)"

- Fine documento -

## Allegato tecnico al Vademecum Obiettivi DGR n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivo S.B.2.2

### 1. Premessa

Il seguente allegato ha lo scopo di fornire una base di piano delle attività propedeutiche per l'avvio del nuovo SIO nei singoli distretti sanitari delle AULSS e nelle singole Aziende sanitarie e IOV.

Vengono dunque riportate le principali attività, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, necessarie per l'avvio del nuovo SIO secondo il cronoprogramma previsto. Il piano può essere predisposto, compilato e inviato in formato excel.

### 2. Modello del piano

Si riporta un modello base per la strutturazione del piano.

MACRO ATTIVITA'	ID	ATTIVITA'	Responsabile /chi è coinvolto	Stato della attività	Data Inizio	Data Fine	Note
<i>Es.: Gestione integrazioni SIO/sistemi aziendali</i>	1	<i>Es.: Test integrazione LIS</i>	<i>Organizzazione e/i responsabili e/o coinvolte</i>	<i>Es.: - Da programmare - Programmata - In esecuzione - Chiusa</i>	<i>gg/mm/aaaa</i>	<i>gg/mm/aaaa</i>	

Di seguito si riporta a titolo esemplificativo ma non esaustivo alcune possibili attività da prendere in considerazione per la compilazione del piano.

MACRO ATTIVITA'	N	ATTIVITA'
Acquisizione / adeguamento repository	1	Condivisione specifiche al fornite Specifiche Repository aziendale XDS.b v.1.0
	2	Incontro con fornitore per individuazioni attività sul Repository
	3	Attività testing su Repository (performance, indicizzazione,...)
	4	Analisi integrazione tra Applicativo "Source" (che puntava al vecchio repository) e il Repository Unico
	5	Implementazione integrazione tra Applicativo "Source" (che puntava al vecchio repository) e il Repository Unico
	6	Test integrazione tra Applicativo "Source" (che puntava al vecchio repository) e il Repository Unico
	7	Avvio integrazione tra Applicativo "Source" (che puntava al vecchio repository) e il Repository Unico



	8	Avvio indicizzazione da parte dell' Applicativo "Source" (che puntava al vecchio repository) verso Repository Unico
	9	Aggiornamento RVE-101 e RVE-120 referti Applicativo (vecchio repository)
	10	Analisi impatti gestione anagrafica per indicizzazione
	11	Test per gestire solo registry regionale
	12	Analisi impatti sulla conservazione dei documenti
	13	Avvio gestione solo registry regionale referti di xxx
<b>MACRO ATTIVITA'</b>		<b>ATTIVITA'</b>
Migrazione documenti	14	Definizione modalità migrazione documenti clinici e indicizzazione
	15	Compilazione file contatti per bonifica anagrafica (splittare in caso di anagrafe locale non centralizzata?)
	16	Esportazione metadati di Applicativo (vecchio repository) dal repository dismesso e dal source
	17	Verifica esportazioni fatte
	18	Migrazione documenti di Applicativo (vecchio repository) verso il repository unico
	19	Verifica metadati minimi necessari per indicizzazione pregresso xxx ed esportazioni
	20	Verifica documenti non firmati verbali operatori, definizione metadati, archiviazione nel repository e indicizzazione
	21	Verifica documenti non firmati LDO, definizione metadati, archiviazione nel repository e indicizzazione
	22	Verifica documenti non firmati verbali PS, definizione metadati, archiviazione nel repository e indicizzazione
	23	Verifica documenti non firmati referti ambulatoriali, definizione metadati, archiviazione nel repository e indicizzazione
	24	Verifica documenti non firmati referti cardiologia, definizione metadati archiviazione nel repository e indicizzazione
	25	Verifica documenti non firmati referti rianimazione, definizione metadati archiviazione nel repository e indicizzazione
	26	Verifica documenti non firmati referti FKT, definizione metadati archiviazione nel repository e indicizzazione
	27	Verifica documenti non firmati referti dialisi, definizione metadati archiviazione nel repository e indicizzazione
	28	Verifica documenti non firmati referti diabetologia, definizione metadati archiviazione nel repository e indicizzazione
	29	Verifica della presenza di documenti KOS
	30	Verifica percentuale documenti indicizzati dal repository in dismissione per tipologia documentale
	31	Verifica percentuale documenti indicizzati dal repository che viene eletto come unico per tipologia documentale
<b>MACRO ATTIVITA'</b>		<b>ATTIVITA'</b>
Migrazione dei dati clinici strutturati	32	Condivisione tracciati con i diversi fornitori coinvolti
	33	Analisi dei dati Esportabili in base ai dati presenti in ADT
	34	Analisi dei dati Esportabili in base ai dati presenti nel CUP

	35	Analisi dei dati Esportabili in base ai dati presenti in PS
	36	Analisi dei dati Esportabili in base ai dati presenti per la gestione dei dati ambulatoriali
	37	Analisi dei dati relativi alla rianimazione
	38	Analisi dei dati Esportabili in base ai dati presenti in nell'applicativo di sala operatoria
	39	Analisi dei dati Esportabili in base ai dati presenti nell'applicativo dismesso
	40	Estrazione di test dati ADT
	41	Estrazione di test dati CUP
	42	Estrazione di test dati PS
	43	Estrazione di test dati Ambulatoriali
	44	Estrazione di test dati rianimazione
	45	Estrazione di test dati sala operatoria
	46	Estrazione di test dati di Dismesso
	47	Periodo di assesstamento e cicli di estrazione
	48	Estrazione dati per Produzione ADT
	49	Estrazione dati per Produzionei CUP
	50	Estrazione dati per Produzione PS
	51	Estrazione dati per Produzione Ambulatoriali
	52	Estrazione dati per Produzione Rianimazione
	53	Estrazione dati per Produzione Sala Operatoria
	54	Estrazione dati per Produzione Dismesso
<b>MACRO ATTIVITA'</b>		<b>ATTIVITA'</b>
Gestione integrazioni SIO/sistemi aziendali	55	Definizione Applicativi da Mantenere Dismettere
	56	Definizione modalità di gestione di configurazione ruoli, strutture in A.Re.A
	57	Condivisione tracciato raccolta codifiche per configurazione SIO Regionale
	58	Condivisione tracciato raccolta codifiche per configurazione SIO RTI (Se neccessario)
	59	Compilazione tracciato raccolta codifiche per configurazione SIO Regionale
	60	Compilazione tracciato raccolta codifiche per configurazione SIO RTI
	61	DeadLine Compilazione Tracciati Definitivi di configurazione
	62	Importazione Tracciato Regionale -RTI (attività progressiva)
	63	Esecuzione lavori di adeguamenti infrastrutturali (rete aziendale, PC , carrelli, lettori barcode...)
	64	Condivisione Specifiche Tecniche Anagrafe 2
	65	Adeguamento Anagrafe (bonifica MPI e adeguamento alle nuove specifiche)
	66	Unificazione Domini
	67	Unificazione degli IAP
	68	Esposizione di endpoint di notifica
	69	Condivisione specifiche LIS

70	Analisi e offerta per integrazione con LIS
71	Implementazione integrazione LIS
72	Test integrazione LIS
73	Collaudo integrazione LIS
74	Avvio in produzione integrazione LIS
75	Condivisione specifiche RIS
76	Analisi e offerta per integrazione con RIS
77	Implementazione integrazione RIS
78	Test integrazione RIS
79	Collaudo integrazione RIS
80	Avvio in produzione integrazione RIS
81	Condivisione specifiche anatomia patologica
82	Analisi e offerta per integrazione con anatomia patologica
83	Implementazione integrazione anatomia patologica
84	Test integrazione anatomia patologica
85	Collaudo integrazione anatomia patologica
86	Avvio in produzione integrazione anatomia patologica
87	Condividere le specifiche Magazzino e Logistica
88	Analisi e offerta per integrazione con Magazzino e Logistica
89	Implementazione integrazione Magazzino e Logistica
90	Test integrazione Magazzino e Logistica
91	Collaudo integrazione Magazzino e Logistica
92	Avvio in produzione integrazione Magazzino e Logistica
93	Condividere le specifiche SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE
94	Analisi e offerta per integrazione con SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE
95	Implementazione integrazione SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE
96	Test integrazione SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE
97	Collaudo integrazione SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE
98	Avvio in produzione integrazione SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE
99	Condividere le specifiche RISCOSSIONE AUTOMATICA
100	Analisi e offerta per integrazione con RISCOSSIONE AUTOMATICA
101	Implementazione integrazione RISCOSSIONE AUTOMATICA
102	Test integrazione RISCOSSIONE AUTOMATICA
103	Collaudo integrazione RISCOSSIONE AUTOMATICA
104	Condividere le specifiche TRASFUSIONALE
105	Analisi e offerta per integrazione con TRASFUSIONALE
106	Implementazione integrazione TRASFUSIONALE
107	Test integrazione TRASFUSIONALE



108	Collaudo integrazione TRASFUSIONALE
109	Avvio in produzione integrazione TRASFUSIONALE
110	Condividere le specifiche SISTEMA DI ACCOGLIENZA
111	Analisi e offerta per integrazione con SISTEMA ACCOGLIENZA
112	Implementazione integrazione SISTEMA ACCOGLIENZA
113	Test integrazione SISTEMA ACCOGLIENZA
114	Collaudo integrazione SISTEMA ACCOGLIENZA
115	Avvio in produzione integrazione SISTEMA ACCOGLIENZA
116	Condividere le specifiche Sistemi dipartimentali per cartella di xxxx
117	Analisi e offerta per integrazione con cartella di xxx
118	Implementazione integrazione con cartella di xxx
119	Test integrazione con cartella di xxx
120	Collaudo integrazione con cartella di xxx
121	Avvio in produzione integrazione con cartella di xxxx
122	Condividere le specifiche Sistemi dipartimentali per privati accreditati
123	Analisi e offerta per integrazione con privati accreditati
124	Implementazione integrazione con privati accreditati
125	Test integrazione con privati accreditati
126	Collaudo integrazione con privati accreditati
127	Avvio in produzione integrazione con privati accreditati
128	Analisi integrazione sistema territoriale
129	Implementazione integrazione sistema territoriale
130	Test integrazione sistema territoriale
131	Collaudo integratore sistema territoriale
132	Avvio in produzione integrazione sistema territoriale
133	Analisi integrazione sistema di Ristorazione
134	Implementazione integrazione sistema di Ristorazione
135	Test integrazione sistema di Ristorazione
136	Collaudo integratore sistema di Ristorazione
137	Avvio in produzione integrazione sistema di Ristorazione
138	Analisi integrazione sistemi POS
139	Implementazione integrazione POS
140	Test integrazione POS
141	Collaudo integratore POS
142	Avvio in produzione integrazione POS
143	Analisi integrazione sistemi sistema di scansione
144	Implementazione integrazione sistema di scansione
145	Test integrazione sistema di scansione
146	Collaudo integratore sistema di scansione
147	Avvio in produzione integrazione sistema di scansione

-----

Eventuali chiarimenti possono essere inviati alla mail "[sistemi.informativi@azero.veneto.it](mailto:sistemi.informativi@azero.veneto.it)"

- Fine documento -

## Allegato tecnico al Vademecum Obiettivi DGR n. n. 958 del 13 luglio 2021 - Obiettivi S.B.3

### 1. Premessa

L'obiettivo del presente documento è fornire, in ottemperanza a quanto riportato nella DGR 1406/2020, una descrizione chiara ed esaustiva di indicatori, soglie, metodologie e criteri di verifica relativamente agli obiettivi del sottogruppo S.B.3.

### 2. S.B.3.1 - Stabilità e performance dei servizi interoperabilità CUP

Per il monitoraggio di questo indicatore saranno prese in esame le transazioni tra i sistemi CUP delle singole Aziende e il sistema di interoperabilità CUP, relative alla procedura di prenotazione in modalità cosiddetta “sincrona” tramite app Sanità km zero Ricette.

Nel dettaglio, si tratta delle transazioni:

- **RVE-4** Schedule Query, se e solo se correlata ad una transazione **RVE-27** Schedule Query mobile;
- **RVE-5** New Appointment Booking, se e solo se correlata ad una transazione **RVE-28** Schedule Request mobile;
- **RVE-8** Appointment Cancellation, se e solo se correlata ad una transazione **RVE-29** Appointment Cancellation mobile.

Per tutte le occorrenze di tali transazioni, verrà verificato se siano andate a buon fine e, in caso positivo, quanto tempo abbiano richiesto per essere completate. **Si prenderà in considerazione come periodo di riferimento il bimestre gennaio-febbraio 2022.**

Si ricorda che la procedura di **prenotazione in modalità “sincrona”** tramite app consiste nell'effettuazione di una RVE-27 (richiesta di disponibilità che ritorna all'utente mostrando in app gli slot disponibili per l'appuntamento), eventualmente una RVE-28 (prenotazione di un appuntamento che ritorna all'utente mostrando in app conferma dell'avvenuta prenotazione con relativo promemoria in PDF) ed eventualmente una RVE-29 (cancellazione di una prenotazione “sincrona” che ritorna all'utente mostrando in app conferma dell'avvenuta cancellazione e del ritorno della ricetta allo stato disponibile).

#### Soglia indicatore

Per questo indicatore sono definite due soglie:

- Le transazioni per le quali venga rilevato disservizio dovranno essere inferiori al 5% del totale;
- Almeno il 95% delle transazioni per le quali non è stato rilevato disservizio dovrà aver fatto registrare un tempo di risposta inferiore ai 5 secondi.

Ai fini del calcolo di questo indicatore, si intende per “disservizio” sia il caso in cui una transazione dia esito negativo (“fatal-error”), sia il caso in cui una transazione dia esito di non comunicabilità per trascorso limite di 30 secondi (NC). Si noti che, limitatamente alla seconda soglia, è esplicitato che l'analisi escluderà le transazioni con disservizio in quanto il dato del tempo di risposta è ininfluente quando l'esito è già di per sé negativo.

#### Parametri e metodo di calcolo

Per la verifica sulla prima soglia (disservizio) verranno mappate le informazioni relative agli esiti di tutte le transazioni appartenenti alle tipologie citate, con particolare attenzione ai casi con esito “fatal-error” o NC.

Per la verifica sulla seconda soglia (tempo di risposta), che sarà effettuata sulle sole transazioni senza disservizio, verranno mappate le informazioni relative alla durata delle transazioni con l'esclusione di quelle che hanno registrato esito negativo. In sostanza, saranno considerate unicamente transazioni con esito positivo e durata compresa tra 0 e 30 secondi, ponendo particolare attenzione ai casi con durata >5 secondi.

**L'indicatore S.B.3.1 si considera raggiunto se e solo se entrambe le condizioni definite dalle soglie sono soddisfatte.**

### **3. S.B.3.2 - Monitoraggio di utilizzo transazione MEF-20**

Per il monitoraggio di questo indicatore saranno prese in esame le **prescrizioni per cui risulti essere stata effettuata una prenotazione**, con l'esclusione delle prescrizioni relative a prestazioni di branca 03 o cicliche. La canalità tramite cui sia stata effettuata la prenotazione è ininfluente ai fini dell'analisi.

La verifica sarà effettuata a campione tramite due modalità, **prendendo come periodo di riferimento il bimestre gennaio-febbraio 2022**:

- estrazione a sorte - una volta al giorno per ogni Azienda - di una prescrizione per cui risulti essere stata effettuata una prenotazione presso tale Azienda;
- interrogazione del sistema aziendale tramite “mystery call”, effettuando quindi una richiesta di prenotazione *ex novo*.

L'analisi accerterà che le prenotazioni relative alle prescrizioni prese in considerazione abbiano implicato l'effettuazione di una transazione **MEF-20**.

#### **Soglia indicatore**

Per questo indicatore la soglia definita è del 100%, il che significa che la condizione prevista dovrà essere riscontrata in ogni verifica a campione.

#### **Parametri e metodo di calcolo**

Per la verifica di questo indicatore verrà accertata la registrazione di un **Appointment** nei sistemi regionali per la prescrizione presa in considerazione: la creazione di un Appointment è infatti evidenza del fatto che sia stata effettuata una MEF-20.

A garanzia della massima precisione e correttezza possibile nella valutazione dell'indicatore, la misurazione consisterà nella verifica che per ogni prenotazione effettuata tramite “mystery call” risulti essere stata effettuata una MEF-20. La verifica sulla registrazione di un Appointment nei sistemi regionali potrebbe infatti essere inficiata dal fatto che vi sono diverse condizioni che portano alla creazione di un Appointment, non tutte riconducibili senza dubbio ad una MEF-20.

**L'indicatore S.B.3.2 si considera raggiunto se e solo se un Appointment risulta essere stato registrato nei sistemi regionali (ovvero, la MEF-20 risulta essere stata effettuata) per ciascuna delle prescrizioni verificate.**

### **4. S.B.3.3 - Accordi sui livelli di servizio (SLA) assistenza secondo livello**

L'attività relativa a questo indicatore consisterà nel monitoraggio delle performance di sistema, con particolare attenzione alla durata cumulativa degli eventuali disservizi e ai tempi di ripristino occorsi in concomitanza ad ogni eventuale disservizio.

L'attività di monitoraggio della RVE-6 prenderà in considerazione tutte le occorrenze di tale transazione, **prendendo come periodo di riferimento il bimestre gennaio-febbraio 2022.**

### **Soglia indicatore**

Per questo indicatore sono definite due soglie:

- Il tempo di ripristino degli eventuali disservizi dovrà essere inferiore a 24 ore;
- La durata cumulativa dei disservizi registrati nel periodo di interesse dovrà essere inferiore a 48 ore.

Si noti che la prima soglia fa riferimento a una durata continuativa (da considerare per ciascun disservizio), mentre la seconda fa riferimento a una somma (quindi considera il dato cumulativo delle durate di tutti gli eventi di disservizio).

### **Parametri e metodo di calcolo**

Per la verifica di questo indicatore verranno monitorate costantemente le performance delle transazioni **RVE-6**. Un disservizio registrato per questa transazione viene interpretato come disservizio del sistema ai fini del calcolo di questo indicatore.

La transazione RVE-6, riferimento per la valutazione di questo indicatore, viene effettuata con una frequenza elevata (ad intervalli di 5 minuti, per tutto il giorno) al fine di fornire così un margine più preciso per misurare l'effettiva durata di un disservizio prima dell'avvenuto ripristino.

Tale transazione ai fini del presente indicatore sarà limitata ad un unico CVP uguale e comune per tutte le Aziende: 87.03\_2.

Infine, ricordiamo che questo indicatore non è correlato in alcun modo al numero dei disservizi, ma solo ai tempi di gestione di questi ultimi. Per il secondo sotto-indicatore (durata cumulativa dei disservizi inferiore a 48 ore) verrà considerata la somma delle durate dei disservizi di ogni CUP afferente alla stessa Azienda.

Nel caso non venga rilevato alcun disservizio, questo indicatore verrà considerato raggiunto.

**L'indicatore S.B.3.3 si considera raggiunto se e solo se entrambe le condizioni definite dalle soglie sono soddisfatte.**

## **5. S.B.3.4 - Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami**

Per il monitoraggio di questo indicatore verrà verificato il **rispetto dei requisiti minimi di accessibilità** relativamente alla **documentazione resa disponibile in formato digitale (PDF) dalle Aziende** all'assistito che abbia effettuato una prenotazione non a sportello (ad es. telefonicamente, tramite sistemi di prenotazione online, tramite app). Tale documentazione consiste nel promemoria di prenotazione e nell'eventuale modulistica aggiuntiva (informazioni generali, preparazione alla visita/esame, etc. a discrezione dell'Azienda).

Per la definizione dei requisiti di accessibilità, si terrà conto di quanto contenuto nelle specifiche linee guida emanate da **AgID** a seguito della ricezione, da parte della normativa



italiana in merito, delle deliberazioni in sede europea. Si veda a titolo di esempio il documento al seguente link:

[https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository\\_files/linee\\_guida/guida\\_pratica\\_creazione\\_word\\_accessibile\\_2.pdf](https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/linee_guida/guida_pratica_creazione_word_accessibile_2.pdf).

Si prenderà in considerazione come periodo di riferimento per l'analisi il bimestre gennaio-febbraio 2022.

### **Soglia indicatore**

Per questo indicatore non è specificata una soglia quantitativa, anche perché la valutazione sarà necessariamente di natura qualitativa, dovendo esaminare l'adeguatezza in rapporto a requisiti di accessibilità che non sono espressi in termini quantitativi.

### **Parametri e metodo di calcolo**

Per la verifica di questo indicatore verranno valutati documenti PDF ottenuti tramite procedure di prenotazione in modalità "mystery call". La valutazione sarà condotta tramite strumenti appositamente resi disponibili da Adobe (si veda sempre la guida pratica di AgID linkata in precedenza) e si avvarrà di metriche qualitative obiettive e riconosciute.

**L'indicatore S.B.3.4 si considera raggiunto quando almeno uno tra i documenti PDF analizzati abbia superato la valutazione qualitativa sull'accessibilità.**

-----  
Eventuali chiarimenti possono essere inviati alla mail "[sistemi.informativi@azero.veneto.it](mailto:sistemi.informativi@azero.veneto.it)"

- Fine documento -