



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 20 GIU. 2022 Protocollo N° 275196 Class: C10 Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: Trasmissione DGR n. 709/2022 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022".

Spett.li

Direttori Generali
Aziende Ulss

Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

Direttore Generale
Azienda Ospedale Università Padova

Direttore Generale
Istituto Oncologico Veneto

e p. c. Direttore Generale
Azienda Zero

Egredi Direttori,

con la presente si trasmette copia della Delibera di Giunta n. 709 del 14 giugno 2022 avente ad oggetto "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022".

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dr. Luciano Flor

IL VICARIO
IL DIRETTORE
Dott. Mauro Bonin

Direzione Programmazione e Controllo SSR
Direttore: dott. Mauro Bonin
U.O. Monitoraggio e controllo attuazione PSSR
Direttore: dott.ssa Silvia Signa
tel. 041/279 1136
e-mail istituzionale: monitoraggiopssr@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin – San Polo, 2513 – 30123 Venezia Tel. 041/2793558 - 5878 -1411
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it - PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279
P. IVA 02392630279

Fatturazione elettronica - Codice Univoco Ufficio 95VBT1



Proposta n. 978 / 2022

PUNTO 27 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 14/06/2022

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 709 / DGR del 14/06/2022

OGGETTO:

Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022.



COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Assente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elena Donazzan	Assente
	Manuela Lanzarin	Presente
Segretario verbalizzante	Roberto Marcato	Presente
	Lorenzo Traina	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

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





OGGETTO: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Il presente provvedimento individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2022, con le relative pesature, da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Istituti del SSR.

Il relatore riferisce quanto segue.

L'articolo 3 bis, comma 5, del D.Lgs. n. 502/1992 prevede che le Regioni determinino preventivamente ed in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

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

La L.R. 56/1994, all'art. 13, così come modificato dalla L.R. 23/2012, prevede che "i direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale e in relazione all'azienda specificamente gestita" (comma 8 quinquies) e che "il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisca causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale" (comma 8 decies).

La DGR n. 160 del 2021 ha approvato il nuovo schema contrattuale di prestazione d'opera dei Direttori Generali di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, dove all'art. 7 vengono esplicitate le cause di estinzione del rapporto, tra cui la presenza di "una situazione di grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi o in caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza" (art. 7, c 1) oppure "l'esito negativo della valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali assegnati" (art. 7, c. 2) o ancora "l'accertamento del mancato raggiungimento dell'equilibrio economico dell'azienda assegnata" (art. 7, c. 4).

La valutazione annuale dei Direttori Generali - comma 8 sexies e 8 septies del citato art. 13 della L.R. 56/1994 - fa riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio (di competenza della Giunta Regionale), al rispetto della programmazione regionale (di competenza della competente Commissione Consiliare) e alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS (di competenza della relativa Conferenza dei Sindaci, qualora costituita ai sensi dell'art. 5 della medesima L.R. 56/1994).

La DGR n. 2172 del 2016 ha aggiornato la precedente DGR n. 693 del 2013 relativamente alla pesatura delle valutazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con il seguente distinguo:

- per le Aziende Ulss, i soggetti coinvolti sono la Giunta Regionale, la competente Commissione del Consiglio Regionale e la competente Conferenza dei Sindaci, i cui relativi pesi da assegnare sono rispettivamente il 60%, il 20% e il 20%;
- per le Aziende Ospedaliere e lo IOV, non essendo i Direttori Generali soggetti alla valutazione sulla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi sociali e socio sanitari sul territorio, i soggetti coinvolti sono la Giunta Regionale e la competente Commissione del Consiglio Regionale e la relativa pesatura è suddivisa rispettivamente in 80% e 20%.



Con la medesima DGR, inoltre, si conferma che ognuno dei soggetti coinvolti nel processo sopra descritto opera in autonomia per tutti gli aspetti attinenti alla definizione degli indicatori e alla conseguente raccolta ed elaborazione dei dati e con il necessario raccordo dell'Area Sanità e Sociale.

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2022 viene ribadito l'impegno dell'Amministrazione Regionale a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia e per tale motivo si ritiene che il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato costituisca prerequisito all'accesso al sistema premiante.

Gli obiettivi e gli indicatori da utilizzare nell'ambito della procedura di valutazione da effettuare da parte della Giunta Regionale sono rappresentati in dettaglio nell'**Allegato A** alla presente deliberazione.

L'Area Sanità e Sociale, sulla base di quanto disposto nella presente deliberazione, realizzerà un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi ("Vademecum"), al quale si rinvia per ogni ulteriore dettaglio e/o integrazione.

Si ritiene inoltre di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, qualora opportuno, di definire in maniera dettagliata, ovvero aggiornare e integrare, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori di cui alla presente deliberazione.

Si ritiene infine di stabilire che, a norma dei commi 8 quinquies, 8 sexies e 8 septies dell'art. 13 della L.R. 56/1994 e ss.mm.ii., gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento e al peso loro assegnato come da DGR n. 2172/2016.

Si propone che in fase di valutazione finale possano essere prese in considerazione eventuali condizioni emergenziali che si dovessero verificare in caso di recrudescenza della pandemia.

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

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

VISTO l'art. 29 del D.L. 104/2020;

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

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

VISTA la L.R. 29 giugno 2012, n. 23;

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

VISTA la L.R. 28 dicembre 2018, n. 48;

PRESO ATTO dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019-21, sancita il 18 dicembre 2019 (Rep. N. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTE le DD.GG.RR. n. 693 del 14/5/2013, n. 2172 del 23/12/2016, n. 160 del 9/2/2021 e n. 958 del 13/07/2021;

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

DELIBERA



1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare i contenuti dell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, i relativi indicatori e le soglie a valere per l'anno 2022 per le singole Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedale – Università Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto;
3. di incaricare l'Area Sanità e Sociale della realizzazione, sulla base di quanto disposto nella presente deliberazione, di un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi (“vademecum”), al quale si rinvia per ogni ulteriore dettaglio e/o integrazione;
4. di confermare che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2022 assumono piena validità e rilevanza per i Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR ai fini della valutazione di cui alla L.R. 56/1994;
5. di stabilire che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui al punto 4 vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento e al peso assegnato a ciascun soggetto;
6. di stabilire che in fase di valutazione finale possano essere prese in considerazione eventuali condizioni emergenziali che si dovessero verificare in caso di recrudescenza della pandemia;
7. di incaricare il Direttore Generale Area Sanità e Sociale, qualora opportuno, di definire in maniera dettagliata, ovvero aggiornare e integrare, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori di cui alla presente deliberazione;
8. di incaricare l'Area Sanità e Sociale di trasmettere il presente atto ai Direttori Generali interessati e di procedere al monitoraggio e alla verifica circa il grado di aderenza dei risultati conseguiti dalle Aziende e Istituti del SSR agli obiettivi individuati;
9. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
10. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Dott. Lorenzo Traina -





LINEA STRATEGICA		SOGLIA PREREQUISITO										SOGLIA PREREQUISITO																
AMBITO LEA		INDICATORE										INDICATORE																
Cod_Ob	OBBIETTIVO	Cod_Inf	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQUISITO	Usc 1	Usc 2	Usc 3	Usc 4	Usc 5	Usc 6	Usc 7	Usc 8	Usc 9	Usc 10	Usc 11	Usc 12	Usc 13	Usc 14	Usc 15	Usc 16	Usc 17	Usc 18	Usc 19	Usc 20		
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza																												
O-ASSISTENZA OSPEDALIERA																												
S.O.1	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Digitalizzazione DEA I e DEA II	S.O.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - DEA I e DEA II	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2	2,5	2,5											
S.O.1.2		S.O.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione 1 2022 e 11 2023 - DEA I e DEA II	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - DEA I e DEA II		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5											
S.O.2	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Grandi apparecchiature	S.O.2.1	Tempestività nel procedere a ordine di acquisto in gara Consip - Grandi apparecchiature	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,2	1,2	1	1	1,2	2,5	2,5												
S.O.2.2		S.O.2.2	Conclusioni procedure di acquisto in corso al 30/04 - Grandi apparecchiature	si (come da scheda vademecum)			0,6	0,6	1	1	0,6	1	0,6	1	1,5	1,5												
S.O.3	Perseguimento M6 C2 intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	S.O.3.1	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione 11 2023 - ospedale sicuro	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - ospedale sicuro		1,5	1,5			1,5	1,5																
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA																												
S.D.1	Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA	S.D.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Case della Comunità	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2													
S.D.1.2		S.D.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione 1 2022 e 11 2023 - Case della Comunità	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Case della Comunità		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												
S.D.2	Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT	S.D.2.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - COT	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2													
S.D.2.2		S.D.2.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione 1 2022 e 11 2023 - COT	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - COT		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												
S.D.3	Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità	S.D.3.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Ospedali di Comunità	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2	2												
S.D.3.2		S.D.3.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione 1 2022 e 11 2023 - Ospedali di Comunità	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Ospedali di Comunità		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												
P-PREVENZIONE																												
S.P.1	Sviluppo del piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale	S.P.1.1	Adozione del piano strategico-operativo aziendale secondo le indicazioni DGR 187/22	si (come da scheda vademecum)	Approvazione delibera PANFLU entro il 31/12/2022		1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6	3	3										
S-PROCESSI DI SUPPORTO																												
S.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	S.S.1.1	Indicatori di alimentazione FSE (IA1 bozza decreto interministeriale "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")	si (come da scheda vademecum)			1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	3	3											
S.S.2	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.S.2.1	Avvio in produzione del Sis entro il 31/12/22 nei distretti previsti	si (come da scheda vademecum)			1,8		1,8							4												
S.S.2.2		S.S.2.2	Completamento attività propedeutiche per avvio del Sis	si (come da scheda vademecum)			1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	4												



9b06bb3e

LINEA STRATEGICA																			
AMBITO LEA																			
cod_ch	OBBIETTIVO	cod_ind	INDICATORE	SOGGLIA	PREREQUISITO	SOGGLIA RISULTO RISULTO	Uss 1	Uss 2	Uss 3	Uss 4	Uss 5	Uss 6	Uss 7	Uss 8	Uss 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
S.S.3	Mantenimento indicatori di completezza, qualità e coerenza dei flussi	S.S.3.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi: rispettati	si (come da scheda vademecum)	rispetto tempistiche dei flussi ministeriali	100%	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	3	3	3	
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza																			
O-ASSISTENZA OSPEDALIERA																			
A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale 1	A.O.1.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2	2	2	
A.O.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale 2	A.O.2.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2	2	2	
A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale 3	A.O.3.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 3	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2	2	2	
A.O.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale	A.O.4.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale			1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	2	2	2	
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA																			
A.D.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto 1	A.D.1.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 1	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9				
A.D.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto 2	A.D.2.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 2	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9				
A.D.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto 3	A.D.3.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 3	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9				
A.D.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto	A.D.4.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale			1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3				
P-PREVENZIONE																			
A.P.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 1	A.P.1.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 1	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7				
A.P.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 2	A.P.2.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 2	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7				
A.P.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 3	A.P.3.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 3	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7				
A.P.4	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 4	A.P.4.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 4	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7				
A.P.5	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione	A.P.5.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale			1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2				
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari																			
S-PROCESSI DI SUPPORTO																			
E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.S.1.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica- Acquisti diretti 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
		E.S.1.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3
		E.S.1.3	Rispetto del limite di Costo VD 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3
		E.S.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3



9606bb3e

LINEA STRATEGICA		PREREQUISITO										SOGLIA PREREG. USITO	US1	US2	US3	US4	US5	US6	US7	US8	US9	AOU PD	AOU VR	IOV	
AMBITO LEA	OBBIETTIVO	Coef.Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO																				
		E.S.1.5	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
		E.S.1.6	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
		E.S.1.7	Rispetto del costo pro-capite Assistenza Integrativa 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
		E.S.1.8	Rispetto del costo pro capite per Assistenza Protetica 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
		E.S.2.1	Allineamento dati PCC e stock del debito scaduto (circolare MEF n. 17/22)	0		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
		E.S.2.2	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5
		E.S.2.3	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	0		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5
		E.S.2.4	monitoraggio delle azioni previste nel Piano attuativo di certificabilità (PAC)	si	(come da scheda vademecum)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,5
		E.S.3.1	Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti	si	(come da scheda vademecum)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
		E.S.3.2	Rispetto indicatori costo efficacia e costo efficienza definiti da Crite	si	(come da scheda vademecum)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
		E.S.4.1	Garantie supporto al processo di accreditamento attraverso i valutatori aziendali nel rispetto del piano delle verifiche predisposto da Azienda Zero	si	(come da scheda vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
		E.S.5.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto	>=80%		0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
		E.S.5.2	Progressivo aumento delle prenotazioni in interoperabilità sincrona	si	(come da scheda vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
		E.S.6.1	Realizzazione di un progetto per migliorare l'efficienza delle sale operatorie	si	(come da scheda vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
		E.S.7.1	Rispetto degli obiettivi di costo del personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale		1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3	3	3
		E.S.8	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L. R. n. 21/2010)	100%		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
		E.S.9.1	Rispetto dei requisiti stabiliti per la soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	si	(come da scheda vademecum)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza				18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	32,0	32,0	36,0	36,0
		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA																							



9b06bb3e

LINEA STRATEGICA																		
AMBITO LEA																		
cod_ch	OBBIETTIVO	cod_ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQ URBITO	Unità 1	Unità 2	Unità 3	Unità 4	Unità 5	Unità 6	Unità 7	Unità 8	Unità 9	AOU PD	AOU VR	IOV
Q.O.1	Recupero ricoveri di pazienti veneti effettuati fuori regione	Q.O.1.1	Recupero mobilità passiva / aumento mobilità attiva specifico per azienda sanitaria	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	2	2	2
Q.O.2	Sviluppo indagini di qualità percepita dai pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)	Q.O.2.1	Implementazione scheda di rilevazione "azioni di miglioramento" per indagini PREMs e PROMs	si				0,3				0,3						1,8
		Q.O.2.2	Avvio indagine PREMs	si			0,3	0	0,3	0,3	0,3	0	0,3	0	0,3	1	1	
		Q.O.2.3	Avvio indagine PaRIS	si			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.O.3.1	Proportione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	>=20%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	
		Q.O.3.2	Proportione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 0-1 giorni	>=60%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	
		Q.O.3.3	Proportione di ictus ischemici o enorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118	>=65%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	
		Q.O.3.4	Chiusura degli accessi di PS fast track da parte dello specialista	>=90%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	
Q.O.4	Monitoraggio posti letto terapia intensiva	Q.O.4.1	Numero di segnalazioni per miglioramento tempestività e/o accuratezza da parte coordinamento terapie intensive	<5			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	0,8
Q.O.5	Utilizzo appropriato degli emoderivati secondo le linee di indirizzo AIFA e CNS	Q.O.5.1	Predisposizione report emoderivati trimestrale, secondo il format definito	100%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	1
Q.O.6	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.O.6.2	N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione	>=15%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	1
Q.O.7	Sviluppo dei sistemi informativi per la rete oncologica e ematologica veneta	Q.O.7.1	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,6	1,6	2
		Q.O.7.2	Configurazione e validazione dei protocolli oncologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete oncologica veneta	100%														2
		Q.O.7.3	Configurazione e validazione dei protocolli ematologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete ematologica veneta	100%														2
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA																		
Q.D.1	Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie	Q.D.1.1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo ex DGR 162 del 22/02/2022	si (come da scheda vademecum)			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
		Q.D.1.2	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità	si (come da scheda vademecum)			0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	1	1	1
		Q.D.1.3	Tempi medi specialistica 2022 per prestazioni con priorità B (escluso laboratorio) su prescrite ultimi 12 mesi	< valore maggio 2021			0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	1	1	1
Q.D.2	Miglioramento assistenza domiciliare	Q.D.2.1	Attività propedeutiche all'implementazione dei sistemi informativi regionali: Cartella unica regionale di Cure Domiciliari e del Sistema Informativo Continuità Assistenziale	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
		Q.D.2.2	Rispetto degli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 ed adeguamento del modello	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		
		Q.D.2.3	% anziani >=65 anni trattati in ADI	> valore 2021			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili	Q.D.3.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo dell'attività di telemedicina	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
		Q.D.3.2	COT: adeguamento alle funzioni previste con DGR 1103/2020 e da provvedimenti regionali in attuazione del PNRR e della programmazione regionale	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,5	0,5	1
		Q.D.3.3	Attuazione PDTA assunzione personale CSM previsto dalla DGR 371/2022	>= 75%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3		



9b06bb3e

LINEA STRATEGICA		SOGLIA PERCENTUALE USBITO									
AMBITO LEA		USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO
cod_ob	OBBIETTIVO	cod_ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO	USBITO
Q.D.3.4	Adeguate organizzazione del personale dell'Unità Operativa per la tutela della salute delle persone con limitazione della libertà agli standard definiti dalla DGR n. 1659 del 29 novembre 2021			si (come da scheda vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.D.3.5	Completamento programmazione residenziale extraospedaliera salute mentale prevista dalla DGR1673/18 e succ.			si (come da scheda vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.D.4	Sviluppo degli ospedali di comunità			si (come da scheda vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA											
Q.T.1	Sviluppo offerta area anziani			>41		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.T.2	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CCDD)			100%		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.T.3	Consolidamento del flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità			<5%		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.T.4	Implementazione dell'Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) - DGR 1215/21			si (come da vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.T.5	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico			si (come da vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
P-PREVENZIONE											
Q.P.1	Attivazione processi intersettoriali a sostegno del Piano regionale Prevenzione			si (come da scheda vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.P.2	Monitoraggio campagna vaccinazioni Covid			si		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Q.P.3	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target			si (come da vademecum)		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Q.P.4	Aumentare la sicurezza sul lavoro in accordo con le Parti Sociali			>=80%		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.P.5	Garantire la biosicurezza degli allevamenti			si (come da scheda vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
S-PROCESSI DI SUPPORTO											
Q.S.1	Indagini di qualità del clima interno			si		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Q.S.2	Accelerazione del processo di alienazione dei beni del patrimonio disponibile			si		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Q.S.3	Risposta ai rilievi del Collegio Sindacale			si		0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Q.S.4	Sviluppo rete radioterapia			si							
Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici			si (come da scheda vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3



9806663E

LINEA STRATEGICA																			
AMBITO LEA																			
Obiettivo	Indicatore	Soglia	Prerequisito	Soglia	Uss 1	Uss 2	Uss 3	Uss 4	Uss 5	Uss 6	Uss 7	Uss 8	Uss 9	AOC	PO	AOU	VR	IOV	
Q.S.5.2 Q.S.5.3 Q.S.5.4 Q.S.5.5 Q.S.5.6 Q.S.5.7	Potenziamento della raccolta dati su dispositivo vigilanza	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,2	1,4	
	% di pazienti avviati al trattamento con farmaci soggetti a PT	>5% (PI 2021)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,2	0	
	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	< al valore medio tra le tre migliori performances aziendali anno 2021			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3					
	Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 5% in ambito ospedaliero rispetto al 2016	> 5% rispetto al 2016			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,2	1,4	
	Pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento	>80%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,2	1,4	
	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,2	1,4	
	Realizzazione della biobanca presso la IOVA/IRCCS con presa in carico CRIBT da ULSS 3, in attuazione alla DGR n. 190 del 28.2.2022	si (come da scheda vademecum)																	2,5
Q.S.7	Aumento del numero di pazienti in sperimentazione clinica	> del valore 2021						0,2											
	Presentazione di un progetto condiviso di collaborazione per l'attività ambulatoriale di oncologia degli ospedali di Portogruaro e di Piove di Sacco (come da indicazioni della DGR 6/14/2019) e contestuale aumento di attività di telemedicina	si (come da scheda vademecum)							0,2		0,2								2,5
PREREQUISITO DI ACCESSO AL SISTEMA DI VALUTAZIONE:																			
Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19																			



9806bb3e

ALLEGATO A2

	Ulas 1	Ulas 2	Ulas 3	Ulas 4	Ulas 5	Ulas 6	Ulas 7	Ulas 8	Ulas 9	AQUI VR	AQUI PD	IOV
ASSISTENZA OSPEDALIERA												
Tumore operato della mammella - Tempestività dell'inizio della terapia medica-PDI/A06.2												
H17C - % di Parti cesaree primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	A.O.1.1		A.O.1.1	A.O.1.1	A.O.1.1			A.O.1.1				A.O.1.1
H18C - % di Parti cesaree primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno												
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	A.O.1.1	A.O.2.1			A.O.2.1			A.O.1.1	A.O.2.1			A.O.2.1
C2A.M. Indice di performance degenza media- drg medici	A.O.2.1											A.O.2.1
H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni				A.O.2.1		A.O.1.1	A.O.2.1					A.O.3.1
H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 155 interventi annui	A.O.3.1	A.O.2.1	A.O.3.1			A.O.2.1	A.O.3.1	A.O.3.1			A.O.3.1	
Interventi chirurgici per tumore alla prostata - ammissioni a 30 giorni												A.O.2.1
Volume interventi di COLECTECTOMIA LAPAROSCOPICA		A.O.3.1		A.O.3.1	A.O.3.1					A.O.3.1		
Prestazioni erogate dagli acceleratori lineari del 3° bunker di Schiavonia e dell' acceleratore Ethos di Padova												A.O.3.1
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali - Ospedale (*)	A.O.4.1	A.D.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1
ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA												
D03C - Tasso di specializzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	A.D.1.1	A.D.1.1		A.D.1.1								
D09Z - Intervalli Allarme-Target dei mezzi di soccorso					A.D.1.1	A.D.1.1						
D10Z - Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.1.1	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.1.1	A.D.1.1				A.D.1.1
D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	A.D.3.1	A.D.3.1	A.D.2.1			A.D.3.1	A.D.2.1	A.D.2.1				A.D.2.1
Tasso di specializzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per diabete			A.D.3.1		A.D.3.1			A.D.3.1				A.D.3.1
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore				A.D.3.1								
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto (**)	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1		
PREVENZIONE												
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening al primo livello, in un programma organizzato per mammella		A.P.1.1				A.P.1.1	A.P.1.1					A.P.1.1
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina								A.P.1.1				
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	A.P.1.1		A.P.1.1	A.P.1.1	A.P.1.1							
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)						A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1				
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1		A.P.2.1
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1			A.P.4.1				A.P.3.1
P14C - Indicatore composto sugli stili di vita	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1		A.P.4.1
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione (***)	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1		A.P.5.1

(*) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG e sui seguenti indicatori

Volume interventi di COLECTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Volume interventi di PTCA

(**) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG e sul seguente indicatore

B4.1.1A "Consumo di oppioidi sul territorio"

(***) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG e sui seguenti indicatori:

P06Z - Sicurezza dei prodotti chimici - controlli nelle fasi di produzione, importazione, imballaggio, distribuzione (reg. REACH e CLP)

P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening per il tumore della mammella (cancer screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza



9806883e