



Data 15 LUG, 2022 Protocollo N° 315PA7 Class: F2.00.19 Fasc. 6 p. 20

Allegati N° 4

Oggetto: : *Trasmissione Vademecum illustrativo Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022 – Versione 1.0.*

Ai Direttori Generali
Aziende U.L.S.S. 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 1.0 del Vademecum illustrativo degli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2022 (DGR n. 709/2022).

Il file in formato editabile è disponibile nella cartella del drive condiviso "Obiettivi DG" che è stata creata in occasione degli incontri di maggio (link di accesso comunicato con mail del 27 maggio dalla casella obiettivi.dg@regione.veneto.it) e che verrà progressivamente alimentata anche con i documenti citati nel Vademecum, i nominativi dei referenti per obiettivo, il file di riepilogo delle scadenze e ogni documento utile correlato.

Area Sanità e Sociale

Direzione Programmazione e Controllo SSR
S.Polo, 2514 – 30125 Venezia Tel. 041/2793488-3434-3550

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail: programmazionecontrollossr@regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Si anticipa, infine, che il giorno 29/07 p.v. dalle 10:00 alle 12:00 è previsto un incontro on line con i referenti aziendali del sistema degli obiettivi dei Direttori Generali per fornire eventuali chiarimenti sul contenuto del Vademecum 2022 (Link alla videochiamata: <https://meet.google.com/tje-mdiy-eam>).

Seguirà comunicazione ai controlli di gestione con i dettagli dell'incontro.

Distinti saluti.

Il Direttore della Direzione
Programmazione e
Controllo SSR
Dott. Mauro Bonin

Direzione Programmazione e Controllo SSR
U.O. Monitoraggio e controllo attuazione PSSR
Direttore: dott.ssa Silvia Vigna
tel. 041/2791136
e-mail istituzionale: obiettivi.dg@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Direzione Programmazione e Controllo SSR
S.Polo, 2514 – 30125 Venezia Tel. 041/2793488-3434-3550

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail: programmazionecontrollossr@regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

Direzione Programmazione e Controllo SSR

U.O. Monitoraggio e controllo attuazione PSSR

**Vademecum
Obiettivi DD.GG. 2022
DGR 709/2022**

Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi

Versione 1.0

Riferimento per comunicazioni:
obiettivi.dg@regione.veneto.it

INDICE

Codice indicatore	Descrizione indicatore	Pagina
A.D. B4.1.1A	B4.1.1A "Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	5
A.D. D03C	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	6
A.D. D04C	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	7
A.D. D09Z	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	8
A.D. D10Z	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	9
A.D. D22Z	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	10
A.D. D27C	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	11
A.D. D30Z	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	12
A.D.3 diab	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per diabete	13
A.O.3.1 952	Prestazioni erogate dagli acceleratori lineari del 3° bunker di Schiavonia e dell' acceleratore Ethos di Padova	14
Scheda A.O.3.1 952		15
A.O. C2A.M	C2A.M Indice di performace degenza media- drg medici	16
A.O.1 pdta06.2	Tumore operato della mammella: Tempestività dell'inizio della terapia medica-PDTA06.2	17
A.O. colec	Volumi interventi di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	18
A.O. H01Z	H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	19
A.O. H02Z	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	20
Scheda A.O. H02Z		21
A.O. H04Z	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	22
A.O. H05Z	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	23
A.O. H13C	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	24
A.O. H17C	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	25
A.O. H18C	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	26
A.O.2 prost	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	27
A.O. ptca	Volumi interventi di PTCA	28
A.P. P01C	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	29
A.P. P02C	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	30
A.P. P08Z	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	31
A.P. P10Z	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	32
A.P. P12Z	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	33
A.P. P14C	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	34
A.P. P15C c	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	35
A.P. P15C m	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	36
A.P. P15C u	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	37
A.P. P16C	P16C - Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.	38
E.S.1.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2022	39
E.S.1.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici 2022	40
E.S.1.3	Rispetto del limite di Costo IVD 2022	41
E.S.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci 2022	42
E.S.1.5	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici 2022	43
E.S.1.6	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2022	44
E.S.1.7	Rispetto del costo pro-capite Assistenza Integrativa 2022	45
E.S.1.8	Rispetto del costo pro capite per Assistenza Protetica 2022	46
E.S.2.1	Allineamento dati PCC e stock del debito scaduto (circolare MEF n. 17/22)	47
E.S.2.2	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	48
E.S.2.3	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	49
E.S.2.4	Monitoraggio delle azioni previste nel Piano attuativo di certificabilità (PAC)	50
Scheda E.S.2.4		51
E.S.3.1	Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti	52

Codice indicatore	Descrizione indicatore	Pagina
Scheda E.S.3.1		53
E.S.3.2	Rispetto indicatori costo efficacia e costo efficienza definiti da Crite	54
Scheda E.S.3.2		55
E.S.4.1	Garantire supporto al processo di accreditamento attraverso i valutatori aziendali nel rispetto del piano delle verifiche predisposto da Azienda Zero	56
Scheda E.S.4.1		57
E.S.5.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto	58
E.S.5.2	Progressivo aumento delle prenotazioni in interoperabilità sincrona	59
E.S.6.1	Adesione e partecipazione al progetto regionale di miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie	60
E.S.7.1	Rispetto degli obiettivi di costo del personale	61
E.S.8.1	% richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" puntualmente soddisfatte	62
E.S.9.1	Rispetto dei requisiti stabiliti per la soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	63
E.S.PRE 1	RISPETTO DEL VINCOLO DI BILANCIO ANNUALMENTE ASSEGNATO	64
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	65
Scheda Q.D.1.1		66
Q.D.1.2	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità	67
Scheda Q.D.1.2		68
Q.D.1.3	Tempi medi specialistica 2022 per prestazioni con priorità B (escluso laboratorio) su prescritte ultimi 12 mesi	69
Scheda Q.D.1.3		70
Q.D.2.1	Attività propedeutiche all'implementazione dei sistemi informativi regionali: Cartella unica regionale di Cure Domiciliari e del Sistema informativo Continuità Assistenziale	71
Q.D.2.2	Rispetto degli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 ed adeguamento del modello	72
Q.D.2.3	% anziani >=65 anni trattati in ADI	73
Q.D.3.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo dell'attività di telemedicina	74
Scheda Q.D.3.1		75
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	76
Scheda Q.D.3.2		77
Q.D.3.3	Attuazione PDTA assunzione personale CSM previsto dalla DGR 371/2022	78
Q.D.3.4	Adeguare l'organizzazione del personale dell' Unità Operativa per la tutela della salute della persone con limitazione della libertà agli standard definiti dalla DGR n. 1669 del 29 novembre 2021	79
Q.D.3.5	Completamento programmazione residenziale extraospedaliera salute mentale prevista dalla DGR1673/18 e succ.	80
Q.D.4.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo degli Ospedali di comunità	81
Scheda Q.D.4.1		82
Q.O.1.1	Recupero mobilità passiva / aumento mobilità attiva specifico per azienda sanitaria	83
Scheda Q.O.1.1		84
Q.O.2.1	Implementazione scheda di rilevazione "azioni di miglioramento" per indagini PREMs e PROMs	85
Q.O.2.2	Avvio indagine PREMs	86
Q.O.2.3	Avvio indagine PaRIS	87
Q.O.3.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	88
Q.O.3.2	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 0-1 giorni	89
Q.O.3.3	Proporzione di ictus ischemici o emorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118	90
Q.O.3.4	Chiusura degli accessi di PS fast track da parte dello specialista	91
Q.O.4.1	Numero di segnalazioni per miglioramento tempestività e/o accuratezza da parte coordinamento terapie intensive	92
Q.O.5.1	Predisposizione report emoderivati trimestrale, secondo il format definito	93
Scheda Q.O.5.1		94
Q.O.5.2	N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione	95
Q.O.6.1	% di parti con almeno un evento avverso	96
Q.O.7.1	Configurazione e validazione dei protocolli oncologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete oncologica veneta	97
Q.O.7.2	Configurazione e validazione dei protocolli ematologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete ematologica veneta	98
Q.P.1.1	Costituzione e attivazione dei 6 tavoli intersettoriali aziendali previsti nel Piano Regionale	99
Scheda Q.P.1.1	Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021	100
Q.P.2.1	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione come da indicazioni ministeriali	101
Q.P.3.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	102
Scheda Q.P.3.1		103
Q.P.3.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo completo sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	104
Q.P.4.1	Sottoscrizione di accordi con le Parti Sociali per l'avvio di almeno 3 piani mirati di prevenzione nei settori produttivi a rischio	105

Codice indicatore	Descrizione indicatore	Pagina
Q.P.5.1	Registrazione delle check list per la verifica della biosicurezza degli allevamenti	106
Q.S.1.1	Avvio indagine Clima Interno	107
Q.S.2.1	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2022-2024 per l'annualità 2022	108
Q.S.3.1	Azzeramento dei rilievi aperti e non superati nei verbali del Collegio Sindacale relativi alle proroghe contrattuali	109
Q.S.4.1	Aggiudicazione appalto integrato Bunker di radioterapia di Castelfranco Veneto	110
Q.S.5.1	Potenziamento della raccolta dati di farmacovigilanza	111
Q.S.5.2	Potenziamento della raccolta dati su dispositivo vigilanza	112
Q.S.5.3	% di pazienti avviati al trattamento con farmaci soggetti a PT	113
Q.S.5.4	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	114
Q.S.5.5	Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 5% in ambito ospedaliero rispetto al 2016	115
Q.S.5.6	Pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento	116
Q.S.5.7	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	117
Q.S.6.1	Realizzazione della biobanca presso lo IOV-IRCCS con presa in carico CRIBT da ULSS 3, in attuazione alla DGR n. 190 del 28.2.2022	118
Q.S.6.2	Aumento del numero di pazienti in sperimentazione clinica	119
Q.S.7.1	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 614/2019) e contestuale aumento di attività di telemedicina	120
Q.T.1.1	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	121
Q.T.2.1	Partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer (Legge n. 178 del 30.12.2020, articolo 1 comma 330)	122
Q.T.2.2	Delibera di adozione del Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e della presa in carico del paziente Alzheimer	123
Q.T.3.1	FAD: % prese in carico con errore bloccante (misurazione nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio)	124
Q.T.4.1	Rispetto delle linee di indirizzo per la costituzione delle equipe delle UFDA e misurazione degli indicatori di monitoraggio	125
Q.T.5.1	Gioco d'azzardo patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	126
S.D.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Case della Comunità	127
S.D.1.2 PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Case della Comunità	128
S.D.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - Case della Comunità	129
S.D.2.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - COT	130
S.D.2.2 PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - COT	131
S.D.2.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - COT	132
S.D.3.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Ospedali di Comunità	133
S.D.3.2 PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Ospedali di Comunità	134
S.D.3.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - Ospedali di Comunità	135
S.O.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - DEA I e DEA II	136
S.O.1.2 PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - DEA I e DEA II	137
S.O.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - DEA I e DEA II	138
S.O.2.1	Tempestività nel procedere a ordine di acquisto in gara Consip - Grandi apparecchiature	139
S.O.2.2	Conclusione procedure di acquisto in corso al 30/04 - Grandi apparecchiature	140
S.O.3.1 PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - ospedale sicuro	141
S.O.3.1	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t1 2023 - ospedale sicuro	142
S.P.1.1 PRE	Approvazione delibera PANFLU entro il 31/12/2022	143
S.P.1.1	Adozione del piano strategico-operativo aziendale secondo le indicazioni DGR 187/22	144
S.S.1.1	Indicatori di alimentazione FSE (IA1 bozza decreto interministeriale "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")	145
Scheda S.S.1.1		146
S.S.2.1	Avvio in produzione del Sio entro il 31/12/22 nei distretti previsti	147
S.S.2.2	Completamento attività propedeutiche per avvio del Sio	148
S.S.3.1 PRE	Rispetto tempistiche dei flussi ministeriali	149
S.S.3.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	150
S.S.3.1 allegato UOC Analisi		151
S.S.3.1 allegato UOC HTA		152

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._B4.1.1A	B4.1.1A "Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente
SOGLIA		≥ soglia di adempienza (4,94) o in miglioramento del 20 % rispetto alla performance 2021

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-adempimenti-lea-e-prerequisiti

FONTE DATI	Flusso di consumo farmaci (convenzionata e distribuzione diretta)
Metodo di calcolo	Numeratore: DDD farmaci oppioidi (ATC: N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AB03, N02AE01, N02AX02, N02AX06) erogate nell'anno (x 1000) Denominatore: popolazione residente al 1° Gen. pesata (x 365)
Significato dell'indicatore	Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, a garanzia del rispetto della dignità e dell'autonomia della persona malata, di un'adeguata risposta al bisogno di salute tramite un equo accesso ai medicinali impiegati per il trattamento del dolore sul territorio.
Criterio di soddisfazione della soglia	L'indicatore sarà considerato soddisfatto se il valore 2022 sarà > della soglia di adempienza (4,94) o in miglioramento del 20 % rispetto alla performance 2021.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D03C	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Istat - Censimento anno 2001
Metodo di calcolo	Standardizzazione diretta per età e sesso con popolazione standard Italia, Censimento 2001 Classi di età quinquennali (a partire dai 18 anni: 18-22, 23-27, 28-32 ...83-87, 88-124) Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore NSG (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf)
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie croniche. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale che possono gestire le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato
Criterio di soddisfazione della soglia	Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Distrettuale_CORE_2015-2019_2021.01.19.xlsx) Indicatore ≤ 343 per 100.000: punteggio pieno 343 per 100.000 < Indicatore ≤ 373 per 100.000: punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D04C	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Istat - Censimento anno 2001
Metodo di calcolo	Standardizzazione diretta per età e sesso con popolazione standard Italia, Censimento 2001 Classi di età 0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-17 Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore NSG (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf)
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per affrontare alcune selezionate patologie. Tale frequenza può essere considerata una proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta che possono trattare le patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura. Nei territori dove il tasso di ospedalizzazione per tali patologie è più alto si ritiene che vi sia meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.
Criterio di soddisfazione della soglia	Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Distrettuale_CORE_2015-2019_2021.01.19.xlsx) Indicatore <= 109 per 100.000: punteggio pieno 109 per 100.000 < Indicatore <= 176 per 100.000: punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D09Z	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
SOGLIA		<= 18 minuti

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flusso informativo EMUR - 118
Metodo di calcolo	<p>L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.</p> <p>Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti e applicare i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - considerare i codici di criticità presunta Rosso - selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso arrivato sul posto - considerare solo le missioni non annullate (Esito Missione ≠ 1) - si escludono dal calcolo le missioni per le quali il tempo tra la chiamata e l'arrivo del mezzo di soccorso risulta inferiore a 1 minuto o superiore a 180 minuti.
Significato dell'indicatore	<p>L'indicatore valuta la performance del sistema "118".</p> <p>Considerata l'importanza di garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati, ottimali a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza, la valutazione del tempo di risposta, è indiscutibilmente la variabile maggiormente significativa per descrivere l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale. L'indicatore ci permette di misurare la tempestività/efficacia di risposta del sistema.</p>
Criterio di soddisfazione della soglia	<= 18 minuti

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D10Z	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
SOGLIA		>= 90%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/&appSwitcherDisabled=true&propertiesEnabled=false&commentsEnabled=false&reportViewOnly=true&_bkurl_a=http%3A%2F%2Fdss.websanita.intra.rve%3A7980%2FASASPortal%2FbackToMain.do_bkurl_z&_bkdescr_a=Selezionare+per+ritornare+alla+pagina+del+portale._bkdescr_z&_bklabel_a=Portale_bklabel_z#

FRONTE DATI	Flusso informativo Specialistica ambulatoriale
Metodo di calcolo	Numeratore: prestazioni G1 (di visita oculistica, mammografia, TAC senza e con contrasto, Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici, RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrica ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica) erogate in classe di priorità B nei tempi massimi previsti (10 gg). Denominatore: totale prestazioni G1 (di visita oculistica, mammografia, TAC senza e con contrasto, Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici, RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrica ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica) in classe di priorità B. Identificazione delle prestazioni nel flusso: 87.36 - ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifascico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale. 87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni) 87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni) 87.41 - TC DEL TORACE. (polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino) 87.41.1 - TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. (polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino) 88.73.5 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi. 88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA. 88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1 88.93 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA. Cervicale, toracica, lombosacrale 88.93.1 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO. Cervicale, toracica, lombosacrale 88.93.4 - RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93. 88.93.5 - RM DEL RACHIDE SACROCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93. 88.93.7 - RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.93.1. 88.93.8 - RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce
Significato dell'indicatore	L'indicatore intende misurare la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B (<= 10 gg).
Criterio di soddisfazione della soglia	>= 90%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D22Z	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flussi informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" ISTAT - popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento
Metodo di calcolo	<p>Combinazione dei seguenti tassi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000) • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000) • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000) <p>Vanno considerati gli assistiti per i quali si sia registrato almeno un accesso a domicilio nel periodo di riferimento.</p> <p>CIA 1 (Numero GEA / numero GdC) = 0,14 – 0,30 CIA 2 (Numero GEA / numero GdC) = 0,31 - 0,50 CIA 3 (Numero GEA / numero GdC) = > 0,50</p> <p>Nel caso in cui un paziente è preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il valore CIA della presa in carico con CIA più elevato.</p> <p>GEA=Giornate Effettive di Assistenza (Il GEA è uguale al numero dei giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso al domicilio da uno qualunque degli operatori. Il numero del GEA viene determinato considerando tutte le giornate distinte di accesso al domicilio per l'anno di riferimento e di eventuali altre giornate di accesso erogate in anni precedenti in cui la presa in carico è stata attiva. Per le PIC a cavallo dell'anno si considerano le GEA erogate dalla data d'inizio della PIC.); GdC=Giornate di Cura "</p>
Significato dell'indicatore	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale.
Criterio di soddisfazione della soglia	<p>Tasso di pazienti con CIA 1 $\geq 4,0 \times 1.000$; Tasso di pazienti con CIA 2 $\geq 2,5 \times 1.000$; Tasso di pazienti con CIA 3 $\geq 2,0 \times 1.000$: punteggio pieno</p> <p>$2,6 \times 1.000 \leq$ Tasso di pazienti con CIA 1 $< 4,0 \times 1.000$; $1,9 \times 1.000 \leq$ Tasso di pazienti con CIA 2 $< 2,5 \times 1.000$; $1,5 \times 1.000 \leq$ Tasso di pazienti con CIA 3 $< 2,0 \times 1.000$: punteggio</p>

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D27C	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria per diagnosi psichiatriche Denominatore: N. ricoveri in psichiatria per diagnosi psichiatriche Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore NSG indicatore D27C (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf)
Significato dell'indicatore	L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche
Criterio di soddisfazione della soglia	Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Distrettuale_CORE_2015-2019_2021.01.19.xlsx) Indicatore <= 5%: punteggio pieno 5% < Indicatore < 7%: punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D._D30Z	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flussi informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" Flusso informativo "Hospice" Registro regionale delle cause di morte
Metodo di calcolo	Numeratore: \sum 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 + \sum 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. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente). Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili
Significato dell'indicatore	L'indicatore esprime il numero di persone decedute a domicilio o in hospice nel corso di una presa in carico da parte della Rete delle cure palliative. L'obiettivo è quello di misurare l'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita.
Criterio di soddisfazione della soglia	Valore indicatore \geq 55%: punteggio pieno 35% \leq Valore indicatore < 55%: punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	A.D.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto
INDICATORE	A.D.3_diab	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per diabete
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Istat - Censimento anno 2001
Metodo di calcolo	Numeratore N. dimissioni x 100.000 Denominatore Popolazione residente Popolazione adulta (>= 18 anni), tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) per: - Complicanze a breve termine del diabete: Diagnosi principale: codice 250.1*, 250.2*, 250.3* . Età: >= 18 anni. Esclusioni: MDC 14, MDC 15 pazienti provenienti da altri istituti di cura (paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico, paziente trasferito da un altro Istituto di cura privato accreditato, paziente trasferito da un altro Istituto di cura privato non accreditato) - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4*, 250.5*, 250.6*, 250.7*, 250.8*, 250.9*. Età: >= 18 anni. Esclusioni: MDC 14, MDC 15 pazienti provenienti da altri istituti di cura (paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico, paziente trasferito da un altro Istituto di cura privato accreditato, paziente trasferito da un altro Istituto di cura privato non accreditato). Standardizzazione: per età e per sesso. Si considerano i ricoveri ordinari per acuti in strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza erogati in regione ed extra regione. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta la frequenza con cui viene utilizzato il ricovero ordinario per complicanze del diabete. Un tasso di ospedalizzazione per complicanze del diabete elevato può rappresentare un indicatore proxy di una non adeguata presa in carico dei pazienti diabetici nel territorio
Criterio di soddisfazione della soglia	<=26,63 (media dei tassi regionali del 2019 misurati da Bersaglio). Viene inoltre prevista assegnazione parziale del punteggio per le aziende con miglioramento rispetto all'anno precedente.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O.3.1_952	Prestazioni erogate dagli acceleratori lineari del 3° bunker di Schiavonia e dell' acceleratore Ethos di Padova
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda A.O.3.1_952

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Scheda di misurazione "Scheda_A.O.3.1_952" debitamente compilata
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia risulta raggiunta se si verificano le due condizioni: - viene compilata la scheda misurazione "Scheda_A.O.3.1_952" e viene inviata agli indirizzi assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it entro il 15/12/2022 con i dati al 30/11/2022 e a consuntivo entro il 28/02/2023 con i dati al 31/12/2022. - Prestazioni erogate >0 Le prestazioni rendicontate da IOV verranno confrontate con quanto rilevato dal Flusso SPS e SDO
Significato dell'indicatore	Avviare i due acceleratori lineari: Acceleratore di Schiavonia: avvio attività entro il 31/07/22 Acceleratore Ethos di Padova: avvio attività entro il 31/10/22
Scadenza	Entro il 15/12/2022 rendicontazione dell'attività al 30/11/2022 Entro il 28/02/2023 rendicontazione dell'attività al 31/12/2022.

A.O.3.1_952	Prestazioni erogate dagli acceleratori lineari del 3° bunker di Schiavonia e dell' acceleratore Ethos di Padova
SCHEDA	

preconsuntivo: dati al 30/11/2022

Descrizione del criterio/adempimento	Prestazioni in ricovero	Prestazioni in ambulatoriale	TOTALE PRESTAZIONI	SOGLIA
3° bunker Schiavonia				TOTALE PRESTAZIONI >0
Ethos Padova				TOTALE PRESTAZIONI >0
Altri acceleratori				

consuntivo: dati al 31/12/2022

Descrizione del criterio/adempimento	Prestazioni in ricovero	Prestazioni in ambulatoriale	TOTALE PRESTAZIONI	SOGLIA
3° bunker Schiavonia				TOTALE PRESTAZIONI >0
Ethos Padova				TOTALE PRESTAZIONI >0
Altri acceleratori				

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._C2A.M	C2A.M Indice di performace degenza media- drg medici
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flusso SDO
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: Sommatoria delle differenze tra giornate di degenza osservate e giornate di degenza attese per DRG medici</p> <p>Denominatore: N. Dimissioni per DRG medici</p> <p>Note: Si considerano solo i ricoveri ordinari medici maggiori di 1 giorno (>1). Sono esclusi i pazienti dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99), i neonati normali (DRG 391), i ricoveri con durata della degenza superiore a 365 giorni, i deceduti e le dimissioni volontarie.</p> <p>Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione.</p> <p>Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG.</p> <p>La degenza di riferimento è la degenza media 2016 del network delle regioni.</p> <p>Scheda di calcolo in Sistema di valutazione delle performance: https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php</p>
Significato dell'indicatore	L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2016 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: a un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono monitorate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati.
Criterio di soddisfazione della soglia	Indicatore $\leq -0,30$ punteggio pieno-0,30<Indicatore $\leq -0,35$ punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O.1_pdta06.2	Tumore operato della mammella: Tempestività dell'inizio della terapia medica-PDTA06.2
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO Specialistica ambulatoriale AUR Farmaceutica territoriale e distribuzione diretta
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: Numero di casi appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione dal ricovero indice e privi dei criteri di esclusione, che iniziano una terapia medica entro 45 giorni successivi la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice</p> <p>Denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione dal ricovero indice e privi dei criteri di esclusione all'inizio dell'osservazione</p> <p>I criteri di inclusione ed esclusione della coorte incidente e dell'indicatore sono riportati nel manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali: https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/pdta/Metodologia_valutazione_PDTA_Tumore_mammella.pdf</p> <p>Il denominatore include solo le pazienti che hanno effettuato terapia medica adiuvante nei 6 mesi successivi all'intervento, al fine di escludere le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia</p>
Significato dell'indicatore	L'indicatore descrive la tempestività dell'inizio della terapia medica. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine.
Criterio di soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se è \geq a 57 (valore regionale 2020) o in miglioramento rispetto all'anno precedente

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._colec	Volumi interventi di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	Tutti i ricoveri, in regime ordinario o day hospital/day surgery con codice ICD-9-CM di intervento in qualunque posizione: 51.23 metodologia di calcolo al link: https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro_117.pdf
Significato dell'indicatore	Aderenza agli standard di volume individuati dal DM70/2015
Criterio di soddisfazione della soglia	Volume >= 100 interventi annui per UO Complessa Non valutate le UO complesse con meno di 10 interventi/anno

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale
INDICATORE	A.O._H01Z	H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Istat - Censimento anno 2001
Metodo di calcolo	Standardizzazione diretta per età con popolazione standard Italia, Censimento 2001 Classi di età: : meno di 1 anno, da 1 a 4 anni, da 5 a 14 anni, da 15 a 24 anni, da 25 a 44 anni, da 45 a 64 anni, da 65 a 74 anni, 75 anni e oltre Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore NSG: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	Il tasso di ospedalizzazione standardizzato consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età delle Aziende Sanitarie, rendendo possibile un confronto più accurato
Criterio di soddisfazione della soglia	Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Os pedaliera_CORE_2015-2019_2020.10.08.xlsx) Indicatore <= 140 per 1.000: punteggio pieno 140 per 1.000 < Indicatore <= 160 per 1.000: punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._H02Z	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER per la parte di misurazione indicatore dei volumi e per il calcolo indicatori 2-3 della scheda _A.O.h027z
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) e Scheda _A.O._H02Z

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Per le aziende che non raggiungono la soglia, per gli ospedali sotto i 135 interventi le aziende devono inviare entro il 31/01/2023 a ProgrammazioneSanitaria@regione.veneto.it, assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it la Scheda _A.O._H02Z
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui è superiore a 90% Criteri di inclusione ed esclusione per calcolo del volume: come da Scheda Indicatore NSG: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf Nel caso in cui l'indicatore non raggiunga il 90% le schede inviate permetteranno di recuperare fino al 70% del punteggio perso. In calce alla Scheda _A.O._H02Z viene riportata la modalità di calcolo dell'indicatore completo
Significato dell'indicatore	Aderenza agli standard di volume individuati dal DM70/2015
Scadenza	31/12/2022 per calcolo indicatore e 31/01/2023 per invio scheda per ospedali <135 interventi

A.O. H02Z	H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività
SCHEDA	

Descrizione del criterio/adempimento	soglia	peso per attribuzione 70% del punteggio perso
1. adozione di una delibera che definisce che i requisiti e servizi previsti per le Breast Unit sono garantite per tutte le sedi ospedaliere dell'Azienda sanitaria dove si effettuano interventi	invio delibera	20%
2. Proporzioni di interventi erogati da equipe esperte. Equipe esperta: l'equipe chirurgica formata da almeno un chirurgo esperto (almeno 50 interventi di chirurgia della mammella/anno come primo operatore o come partecipante).	80%	60%
3. Proporzioni di interventi erogati da equipe itineranti Equipe itinerante: l'equipe chirurgica formata da almeno un chirurgo ha operato per almeno 30% della sua attività nel periodo di riferimento in più di un ospedale	80%	20%

ESEMPIO DI APPLICAZIONE CALCOLO PER PUNTEGGIO INDICATORE COMPLESSIVO
(in giallo i valori da inserire per simulare il calcolo punteggio indicatore)

1) Verificare se l'azienda raggiunge il 90% della proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui e calcolare il valore dell'indicatore

		N interventi (disponibile su dwh- indicatori dg-Report Indicatori DM70-2015 - Volumi di attività)	>135	<135
Ospedale 1	Reparto 1	227	227	0
	Reparto 2	1	0	1
Ospedale 2	Reparto 1	36	0	36
Ospedale 3	Reparto 1	33	0	33
Ospedale 4	Reparto 1	109	0	109
		406	227	179
VALORE DELL'INDICATORE			56%	

2) calcolare il punteggio grezzo, eventualmente i punti persi e il punteggio recuperabile con l'invio della scheda A.O.H02Z

PUNTEGGIO DELL'INDICATORE (varia per ulss)	0,90
Punteggio grezzo	0,50
Punteggio perso	0,40
Punteggio recuperabile con scheda	0,28

3) identificare gli ospedali per i quali è necessario compilare la Scheda_A.O._H02Z (Ospedali con <135 interventi)

	N interventi (disponibile su dwh- indicatori dg-Report Indicatori DM70-2015 - Volumi di attività)
Ospedale 1	228
Ospedale 2	36
Ospedale 3	33
Ospedale 4	109

4) calcolare gli indicatori della scheda

1. adozione di una delibera	Ospedale 2	Ospedale 3	Ospedale 4
inviata dgr con criteri richiesti?	si	si	si

2. Proporzioni di interventi erogati da equipe esperte.	Ospedale 2	Ospedale 3	Ospedale 4
1° passaggio-Classificazione degli operatori in esperti e no (almeno 50 interventi annui)			
2° calcolare il numeratore - numero interventi con almeno un cf di operatore esperto	30	25	100
numero interventi senza operatore esperto	6	8	9
Totale interventi Ospedale	36	33	109
3° calcolare l'indicatore per ospedale (soglia >80%)	83%	76%	92%

3. Proporzioni di interventi erogati da equipe itineranti	Ospedale 2	Ospedale 3	Ospedale 4
1° passaggio- classificazione degli operatori in "itineranti" e "non itineranti"			
2° calcolare il numeratore -numero interventi con almeno un operatore itinerante	20	22	89
numero interventi operatore itinerante	10	11	20
Totale interventi Ospedale	30	33	109
3° calcolare l'indicatore per ospedale (soglia >80%)	67%	67%	82%

5) Attribuire il peso agli indicatori degli ospedali e calcolare il punteggio finale

Descrizione del criterio/adempimento	soglia	peso per attribuzione 70% del punteggio perso	Ospedale 2	Ospedale 3	Ospedale 4
1. adozione di una delibera che definisce che i requisiti e servizi previsti per le Breast Unit sono garantite per tutte le sedi ospedaliere dell'Azienda sanitaria dove si effettuano interventi	invio delibera	20%	0,02	0,02	0,02
2. Proporzioni di interventi erogati da equipe esperte. Equipe esperta: l'equipe chirurgica formata da almeno un chirurgo esperto (almeno 50 interventi di chirurgia della mammella/anno come primo operatore o come partecipante).	80%	60%	0,06	0,00	0,06
3. Proporzioni di interventi erogati da equipe itineranti Equipe itinerante: l'equipe chirurgica formata da almeno un chirurgo ha operato per almeno 30% della sua attività nel periodo di riferimento in più di un ospedale	80%	20%	0,00	0,00	0,02
			0,07	0,02	0,09
Punteggio recuperato			0,19		
Punteggio finale			0,69		

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._H04Z	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Ispezioni Sanitarie e Socio sanitarie- Coordinamento NAC
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flusso SDO (Datawarehouse)
Metodo di calcolo	Formula di calcolo dell'indicatore e degli eventuali aggiustamenti: Numeratore: n. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately (secondo Patto della Salute 2010-12 allB) in degenza ordinaria. Denominatore: N. dimissioni in regime ordinario non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately. Sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriately in regime di degenza ordinaria (rif Intesa Stato Regioni del 3/12/2009 all.B art 6,c.5) Dal denominatore sono esclusi i neonati sani
Significato dell'indicatore	Indicatore di inappropriately del setting assistenziale . Mira a valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato. L'attività afferente ai DRG LEA deve essere erogata privilegiando il regime di Dayhospital/day surgery e/o ambulatoriale. Anche l'organizzazione dei "Percorso ambulatoriali complessi" contribuisce a rendere più efficiente l'erogazione dell'assistenza evitando il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato sia dal punto di vista clinico che organizzativo. La dimensione funzionale indagata è l'efficienza dell'erogazione e appropriatezza organizzativa.
Criterio di soddisfazione della soglia	esito del rapporto $\leq 15\%$ Tale indicatore tiene conto della pesatura interna ovvero della proporzione di DRG prodotti da ciascun Istituto di ricovero entro la propria ULSS/Azienda. Livello di analisi: soggetto erogatore

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._H05Z	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore NSG (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf) Procedura di Risk Adjustment: nessuna
Significato dell'indicatore	Monitoraggio della performance della struttura in termini di gestione del paziente nel post-operatorio
Criterio di soddisfazione della soglia	Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Ospedaliera_CORE_2015-2019_2020.10.08.xlsx) indicatore >= 90% punteggio pieno 40% <= indicatore < 90% punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._H13C	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni) Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore NSG (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf) Procedura di Risk Adjustment: nessuna
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del femore, per i quali le evidenze scientifiche concordano sulla necessità di effettuare l'intervento chirurgico entro le 48 ore.
Criterio di soddisfazione della soglia	Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Ospedaliera_CORE_2015-2019_2020.10.08.xlsx) indicatore \geq 80% punteggio pieno 60% \leq indicatore $<$ 80% punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._H17C	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda NSG, indicatore H17C (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf) Procedura di Risk Adjustment: nessuna</p> <p>Calcolo del Volume di parti per l'individuazione delle strutture con meno di 1.000 parti: DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.xx o 650 o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99.</p>
Significato dell'indicatore	Un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza
Criterio di soddisfazione della soglia	<p>Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Ospedaliera_CORE_2015-2019_2020.10.08.xlsx) indicatore <= 15% punteggio pieno 15% < indicatore <= 20% punteggio parziale</p>

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._H18C	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo</p> <p>Calcolo del Volume di parti per l'individuazione delle strutture con almeno 1.000 parti: DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria V27.xx o 650 o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99. Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda NSG, indicatore H18C (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf) Procedura di Risk Adjustment: nessuna</p>
Significato dell'indicatore	Un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza
Criterio di soddisfazione della soglia	<p>Soglie NSG (https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/core/NSG_Ospedaliera_CORE_2015-2019_2020.10.08.xlsx) indicatore <= 20%: punteggio pieno 20% < indicatore <= 25% = punteggio parziale</p>

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O.2_prost	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di asportazione di tumore maligno della prostata, con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di asportazione di tumore maligno della prostata Criteri di inclusione e di esclusione come da scheda indicatore PNE: https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro_205.pdf Procedura di Risk Adjustment: nessuna
Significato dell'indicatore	Tale indicatore misura un evento avvenuto entro breve termine dall'intervento chirurgico che può dipendere dall'insorgenza di complicanze o dal peggioramento del quadro clinico tale da richiedere un nuovo ricovero in ospedale
Criterio di soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se è <= a 3,37 (valore nazionale da PNE ed 2021) o in miglioramento rispetto all'anno precedente

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale
INDICATORE	A.O._ptca	Volumi interventi di PTCA
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	Ricoveri, in regime ordinario, con i seguenti codici ICD-9-CM in qualsiasi campo di procedura: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07.
Significato dell'indicatore	Aderenza agli standard di volume individuati dal DM70/2015
Criterio di soddisfazione della soglia	Volume >= 250 interventi annui per struttura di intervento Non valutate le UO complesse con meno di 10 interventi/anno

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P01C	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://report.websanita.intra.rve/qlikview/FormLogin.htm

FONTE DATI	Anagrafe Vaccinale Regionale
Metodo di calcolo	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima). Vedi schede tecniche degli indicatori NSG, indicatore P01C al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie
Criterio di soddisfazione della soglia	>=95%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P02C	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://report.websanita.intra.rve/qlikview/FormLogin.htm

FONTE DATI	Anagrafe Vaccinale Regionale
Metodo di calcolo	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima). Vedi schede tecniche degli indicatori NSG, indicatore P02C al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	La copertura vaccinale è l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.
Criterio di soddisfazione della soglia	>=95%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.5	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P08Z	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Screening e Valutazione di impatto sanitario
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	Rendicontazione annuale attività di controllo REACH trasmessa dalle Aziende ULSS su format ministeriale
Metodo di calcolo	$\left[\left(\frac{\text{Numero di imprese controllate}}{\text{numero imprese programmate}} + \frac{\text{numero "controlli su prodotto" effettuati}}{\text{numero "controlli su prodotto" programmati}} \right) / 2 \times 100 \right] \times 0,7 + \left(\frac{\text{numero corsi formativi realizzati}}{\text{numero corsi formativi programmati}} \right) \times 100 \times 0,2 + \left(\frac{\text{numero eventi informativi realizzati}}{\text{numero eventi informativi programmati}} \right) \times 100 \times 0,1$ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	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.
Criterio di soddisfazione della soglia	Il punteggio previsto viene assegnato se il valore dell'indicatore è $\geq 95\%$

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P10Z	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
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Sanità animale e farmaci veterinari
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Piattaforma VETINFO Flusso informativo PNA Flusso informativo farmacosorveglianza ("n. ispezioni effettuate" e "n. operatori")
Metodo di calcolo	Livello di copertura di base 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. Vedi schede tecniche degli indicatori NSG, indicatore P10Z al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale, garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso: - la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento, - il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario, - il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.
Criterio di soddisfazione della soglia	Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative, pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: - aziende bovine controllate per anagrafe: 90% - aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% - capi ovicaprini controllati per anagrafe: 90% - aziende suine controllate per anagrafe: 90% - aziende equine controllate per anagrafe: 60% - allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% - esecuzione del PNA: 90% - controlli di farmacosorveglianza veterinaria: nessuna. Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.5	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 5
INDICATORE	A.P._P12Z	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Sicurezza Alimentare
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	- NSIS- PNR - Numeratore: NSIS – Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi, “download file dati EFSA”. Denominatore: DM 23/12/1992 tabelle 1 e 2. - NSIS – alimenti: flusso vigilanza
Metodo di calcolo	$\% = (\% \text{ di copertura del PNR} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari} \times 0,2)$ Note per il calcolo dell'indicatore NSG P12Z al seguente link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale, garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino. Tra le oltre 100 linee di attività composite censite dal Piano nazionale integrato dei controlli (PNI) i sub-indicatori scelti misurano un pool di attività particolarmente rappresentativo per l'area della sicurezza degli alimenti, omogeneo e coerente rispetto al suddetto obiettivo di prevenzione. Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalla soglia di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.
Criterio di soddisfazione della soglia	Le soglie dei singoli addendi sono previste da fonti normative, pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.4	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P14C	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)
Metodo di calcolo	<p>Proporzione di soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari.</p> <p>Numeratore: Numero di soggetti che presentano un punteggio maggiore o uguale a due. Il punteggio è inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori (FUMO/ECESSO PONDERALE/ALCOL/SEDENTARIETA') dove 0 è il limite migliore.</p> <p>Denominatore: Popolazione 18-69 residente.</p> <p>Vedi schede tecniche degli indicatori NSG, indicatore P14C al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf</p>
Significato dell'indicatore	<p>L'indicatore descrive la prevalenza di soggetti con determinati comportamenti o stili di vita, come proxy dell'outcome degli interventi di prevenzione e di promozione di stili vita salutari messi in atto.</p> <p>Gli stili di vita sono un determinante riconosciuto delle malattie croniche non trasmissibili. I principali fattori di rischio comportamentali modificabili sono fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica, consumo a rischio di alcol. Esistono interventi di provata efficacia e sostenibilità per ridurre il peso e l'impatto delle malattie croniche agendo su tali fattori</p>
Criterio di soddisfazione della soglia	La soglia viene determinata sulla base delle distribuzioni dei dati

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P15C_c	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Screening e Valutazione di impatto sanitario
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) http://report.websanita.intra.rve/qlikview/index.htm

FONTE DATI	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso l'applicativo Qlik Screening
Metodo di calcolo	Personae in età target che eseguono il test di screening per carcinoma del colon-retto / [soggetti residenti (50-69) - esclusi prima dell'invito]/2 *100 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.
Criterio di soddisfazione della soglia	Il punteggio previsto viene assegnato se il valore dell'indicatore è >=50%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P15C_m	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Screening e Valutazione di impatto sanitario
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) http://report.websanita.intra.rve/qlikview/index.htm

FONTE DATI	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso l'applicativo Qlik Screening
Metodo di calcolo	Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) - escluse prima dell'invito]/2 *100 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.
Criterio di soddisfazione della soglia	Il punteggio previsto viene assegnato se il valore dell'indicatore è >=60%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P15C_u	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Screening e Valutazione di impatto sanitario
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) http://report.websanita.intra.rve/qlikview/index.htm

FONTE DATI	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso l'applicativo Qlik Screening
Metodo di calcolo	Donne in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina +donne in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3) / [donne residenti (25-64) - escluse prima dell'invito]/3 * 100 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf
Significato dell'indicatore	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.
Criterio di soddisfazione della soglia	Il punteggio previsto viene assegnato se il valore dell'indicatore è >=50%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	A.P.5	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione
INDICATORE	A.P._P16C	P16C - Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.
SOGLIA		rispetto soglia nazionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Screening e Valutazione di impatto sanitario
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) Scheda di rilevazione ONS survey GISMa, monitoraggio trimestrale dell'indicatore da parte dell'UOC Screening e VIS di Azienda Zero e trasmissione alle Aziende ULSS

FONTE DATI	Software regionale screening oncologici, calcolabile attraverso "Scheda di rilevazione ONS survey GISMa"
Metodo di calcolo	Rapporto fra il numero di cancro diagnosticati allo screening con stadio \geq II e il numero di cancro stadiali diagnosticati allo screening agli esami successivi. I cancro invasivi la cui stadiazione è ignota vengono esclusi dal denominatore.
Significato dell'indicatore	Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento.
Criterio di soddisfazione della soglia	Il punteggio previsto viene assegnato se il valore dell'indicatore è \leq 25%. NB: a livello di valutazione Regionale viene considerato anche un fattore penalizzante qualora la qualità dei dati raccolti non sia considerata sufficiente, che tiene conto sia della proporzione di persone che hanno effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato per mammella (soglia > 50%), che della % di tumori per i quali non è riportata la stadiazione (soglia <10%). Pertanto le Aziende dovranno assicurare il recupero dei dati relativi alla stadiazione dei tumori diagnosticati nei percorsi di screening.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-prescrizione-

FONTE DATI	Modelli CE, Flusso di consumo farmaci, Registri AIFA
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 marzo 2022 (e ss.mm.ii) per gli Acquisti diretti della farmaceutica. 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 in possesso della Regione. Azienda Zero predisporrà semestralmente 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.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla farmaceutica previsto dalla Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto.
Criterio di soddisfazione della soglia	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, cambiamenti organizzativi rilevanti o spostamento da altri voci di conto economico.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-dispositivi-medici

FONTE DATI	Flusso consumo DM (DWH), Modelli CE, fatturazioni mensili Azienda Zero
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 marzo 2022 (e ss.mm.ii) per DM. 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 in possesso della Regione. Azienda Zero predisporrà semestralmente 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.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla spesa per DM previsto dalla Legge n. 228 del 24 dicembre 2012 e ss.mm.ii, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto.
Criterio di soddisfazione della soglia	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 altri voci di conto economico o a cambiamenti organizzativi rilevanti.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.3	Rispetto del limite di Costo IVD 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-dispositivi-medici

FONTE DATI	Flusso consumo DM (DWH), Modelli CE, fatturazioni mensili Azienda Zero
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 marzo 2022 (e ss.mm.ii) per IVD. 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 in possesso della Regione. Azienda Zero predisporrà semestralmente 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.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla spesa per DM previsto dalla Legge n. 228 del 24 dicembre 2012, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto.
Criterio di soddisfazione della soglia	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 degli IVD 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 o a cambiamenti organizzativi rilevanti.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-prescrizione-

FONTE DATI	Modelli CE, Flusso di consumo farmaci, fatturazioni mensili Azienda Zero
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di spesa per farmaci in DPC fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 marzo 2022 (e s.m.i.) per ciascuna Ulss. 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 in possesso della Regione. Azienda Zero predisporrà semestralmente 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.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla farmaceutica previsto dalla Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto. Si ritiene indispensabile il coinvolgimento dei centri prescrittori delle aziende ospedaliere di Padova e Verona, al fine di contribuire al rispetto del limite di costo delle rispettive aziende ULSS di competenza territoriale (ULSS 6 e ULSS 9).
Criterio di soddisfazione della soglia	L'Azienda ULSS è adempiente se il limite assegnato è rispettato, in base al dato delle fatturazioni mensili di Azienda Zero alle aziende sanitarie. Per le aziende ospedaliere di Padova e di Verona si richiede lo svolgimento di almeno un incontro (anche in forma virtuale) congiunto con le Aziende ULSS territorialmente competenti (rispettivamente ULSS 6 e ULSS 9) per la condivisione di un piano d'azione sulle misure da implementare atte a garantire una migliore appropriatezza prescrittiva e l'invio di un verbale dettagliato entro il 31.10.2022 a hta@azero.veneto.it. Si richiede inoltre l'invio di una relazione contenente l'analisi della prescrizione indotta dalle due aziende ospedaliere sulle rispettive Aziende ULSS di competenza territoriale, delle misure condivise messe in atto e dei risultati raggiunti al 31.12.2022 da inviare ad hta@azero.veneto.it entro il 31.03.2023.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.5	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-dispositivi-medici

FONTE DATI	Flusso consumo DM (DWH), Modelli CE, fatturazioni mensili Azienda Zero
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di spesa per dispositivi medici in DPC fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 marzo 2022 (e ss.mm.ii.) per ciascuna Ulss. 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 in possesso della Regione. Azienda Zero predisporrà semestralmente 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.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla spesa per DM previsto dalla Legge n. 228 del 24 dicembre 2012 e ss.mm.ii., si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto.
Criterio di soddisfazione della soglia	L'Azienda è adempiente se il limite assegnato è rispettato, in base al dato delle fatturazioni mensili di Azienda Zero alle aziende sanitarie.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.6	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-prescrizione-farmaceutica

FONTE DATI	Flusso consumi farmaci, Modelli CE
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 Marzo 2022 e s.m.i. per farmaceutica convezionata. La verifica prenderà in considerazione i valori di conto economico ma terrà conto anche della spesa ricavata dai flussi della farmaceutica pertinenti. Azienda Zero predisporrà semestralmente 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.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla farmaceutica previsto dalla Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto.
Criterio di soddisfazione della soglia	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite assegnato.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.7	Rispetto del costo pro-capite Assistenza Integrativa 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-assistenza-integrativa-air

FONTE DATI	Flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 Marzo 2022 e ss.mm.ii relativa al costo pro capite assistenza Integrativa. La verifica prenderà in considerazione la spesa ricavata dai flussi/cruscotti.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla spesa per DM previsto dalla Legge n. 228 del 24 dicembre 2012 (e ss.mm.ii) e garantire l'appropriatezza dei consumi per l'AIR, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto. Si ritiene indispensabile il coinvolgimento dei centri prescrittori delle aziende ospedaliere di Padova e Verona, al fine di contribuire al rispetto del limite procapite delle rispettive aziende ULSS di competenza territoriale (ULSS 6 e ULSS 9).
Criterio di soddisfazione della soglia	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite procapite assegnato. Per le aziende ospedaliere di Padova e di Verona si richiede lo svolgimento di almeno un incontro (anche in forma virtuale) congiunto con le Aziende ULSS territorialmente competenti (rispettivamente ULSS 6 e ULSS 9) per la condivisione di un piano d'azione sulle misure indispensabili da implementare atte a garantire una migliore appropriatezza prescrittiva e l'invio di un verbale dettagliato entro il 31.10.2022 a hta@azero.veneto.it . Si richiede inoltre l'invio di una relazione contenente l'analisi della prescrizione indotta dalle due aziende ospedaliere sulle due Aziende ULSS di competenza territoriale, le misure condivise messe in atto e risultati raggiunti al 31.12.2022 da inviare ad hta@azero.veneto.it entro il 31.03.2023.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	E.S.1.8	Rispetto del costo pro capite per Assistenza Protesica 2022
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-assistenza-protetica-ap

FONTE DATI	Flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 40 del 16 Marzo 2022 e ss.mm.ii relativa al costo pro capite assistenza protesica. La verifica prenderà in considerazione la spesa ricavata da flussi/cruscotti.
Significato dell'indicatore	Al fine di rispettare il tetto nazionale alla spesa per DM previsto dalla Legge n. 228 del 24 dicembre 2012 (e ss.mm.ii) e garantire l'appropriatezza dei consumi per l'AP, si richiede il rispetto di limiti di costo alle aziende sanitarie della Regione Veneto. Si ritiene indispensabile il coinvolgimento dei centri prescrittori delle aziende ospedaliere di Padova e Verona, al fine di contribuire al rispetto del limite procapite delle rispettive aziende ULSS di competenza territoriale (ULSS 6 e ULSS 9).
Criterio di soddisfazione della soglia	Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite procapite assegnato. Per le aziende ospedaliere di Padova e di Verona si richiede lo svolgimento di almeno un incontro (anche in forma virtuale) congiunto con le Aziende ULSS territorialmente competenti (rispettivamente ULSS 6 e ULSS 9) per la condivisione di un piano d'azione sulle misure indispensabili da implementare atte a garantire una migliore appropriatezza prescrittiva e l'invio di un verbale dettagliato entro il 31.10.2022 a hta@azero.veneto.it. Si richiede inoltre l'invio di una relazione contenente l'analisi della prescrizione indotta dalle due aziende ospedaliere sulle due Aziende ULSS di competenza territoriale, le misure condivise messe in atto e risultati raggiunti al 31.12.2022 da inviare ad hta@azero.veneto.it entro il 31.03.2023.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria
INDICATORE	E.S.2.1	Allineamento dati PCC e stock del debito scaduto (circolare MEF n. 17/22)
SOGLIA		0

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	La fonte dati è la Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC). L'azienda trasmette via PEC la videata della PCC, sottoscritta dal Direttore Generale e dal Collegio Sindacale, da cui si evince il valore del debito scaduto comunicato dall'azienda in PCC e il valore del debito scaduto calcolato in automatico dalla PCC. La misurazione dell'indicatore è annuale.
Metodo di calcolo	L'indicatore è calcolato come differenza in valore assoluto tra debito scaduto comunicato dall'azienda in PCC e debito scaduto calcolato in automatico dalla PCC.
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'allineamento tra il sistema di contabilità aziendale e la PCC, la tempestività e l'accuratezza con cui l'azienda movimentata e aggiorna la PCC, tracciando in essa gli stati di sospensione di decorrenza termini come da proprio sistema di contabilità.
Criterio di soddisfazione della soglia	indicatore ≤ 20.000 obiettivo raggiunto al 100% indicatore compreso tra 20.000 e 150.000 obiettivo raggiunto al 80% indicatore compreso tra 150.000 e 300.000 obiettivo raggiunto al 50% indicatore > 300.000 obiettivo non raggiunto 0%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria
INDICATORE	E.S.2.2	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)
SOGLIA		≤ 0 gg

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	E' considerato l'indicatore di tempestività dei pagamenti pubblicato trimestralmente sul sito aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 9 DPCM 22 settembre 2014. La valutazione definitiva è effettuata sul valore dell'indicatore annuale.
Metodo di calcolo	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).
Significato dell'indicatore	L'indicatore rappresenta la tempestività con cui l'azienda paga i propri debiti commerciali. L'indicatore è definito in termini di giorni di ritardo medio di pagamento ponderato all'importo della fattura. Se l'azienda mediamente paga a 60 gg (termine di Legge) l'indicatore è pari a zero, se l'azienda mediamente paga oltre i 60 gg l'indicatore assume valore positivo, se l'azienda paga prima dei 60 gg l'indicatore assume valore negativo.
Criterio di soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se l'azienda raggiunge un ITP ≤ 0, quindi mediamente paga in 60 gg o meno dalla data di arrivo della fattura in SDI.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria
INDICATORE	E.S.2.3	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato
SOGLIA		0

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	Sono presi in considerazione i dati raccolti trimestralmente con l'apposita form "Debito Scaduto", certificata dal Direttore Generale e dal Collegio Sindacale e trasmessa via PEC. La valutazione finale sarà effettuata sul valore cumulato dei 4 trimestri dell'anno.
Metodo di calcolo	L'indicatore è calcolato come rapporto del valore dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 sul totale dei pagamenti effettuati nel periodo oggetto di rilevazione. Qualora l'azienda abbia certificato alla fine dell'anno precedente un debito scaduto, il valore dei pagamenti effettuati oltre i termini viene decurtato di pari importo al fine di dare maggiore peso alla performance di pagamento dell'anno oggetto di misurazione.
Significato dell'indicatore	L'indicatore rappresenta la percentuale dei pagamenti effettuati oltre i termini di legge (60 gg).
Criterio di soddisfazione della soglia	% pagato oltre i termini = 0% obiettivo raggiunto al 100% % pagato oltre i termini ≤ 2% obiettivo raggiunto al 80% % pagato oltre i termini > 2% e ≤ 3% obiettivo raggiunto al 50% % pagato oltre i termini > 3% obiettivo non raggiunto 0%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria
INDICATORE	E.S.2.4	Monitoraggio delle azioni previste nel Piano attuativo di certificabilità (PAC)
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-INTERNAL AUDIT E CONTROLLI DELLE AZIENDE SSR
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda E.S.2.4

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Elenco nominativi dei partecipanti all'attività di Audit Pac Debiti - Costi e Audit Report finale dell'attività svolta
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'Azienda risulta adempiente qualora metta a disposizione, oltre alla Funzione Internal Audit aziendale, altre due risorse qualificate nell'ambito delle operazioni di audit e produca entro i termini indicati l'audit report finale.
Significato dell'indicatore	Creare le condizioni ottimali per un reale trasferimento di competenze in termini di controllo e verifiche nel personale aziendale coinvolto nell'attività.
Scadenza	Entro il 31/12/2022

E.S.2.4	Monitoraggio delle azioni previste nel Piano attuativo di certificabilità (PAC)
SCHEMA	

Azienda/Istituto	Nominativi Team di AUDIT			Azienda uditata	Punteggio raggiunto	Link di accesso al Report Finale
Ulss 1						
Ulss 2						
Ulss 3						
Ulss 4						
Ulss 5						
Ulss 6						
Ulss 7						
Ulss 8						
Ulss 9						
AOPD						
AOUVR						
IOV						

LEGENDA PUNTEGGI

0	L'Azienda non mette a disposizione nè il personale nè produce il report finale
0.1	L'Azienda produce il report finale nei tempi previsti ma mette a disposizione meno di tre persone L'Azienda mette a disposizione le tre persone richieste ma produce il report fuori dai tempi richiesti
0.2	L'Azienda mette a disposizione le tre persone e produce il report richiesto nei tempi previsti

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.3	Sviluppo valutazioni su pianificazione degli investimenti
INDICATORE	E.S.3.1	Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Controllo di gestione ed adempimenti LEA
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda E.S.3.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	-Piano investimenti (file condiviso in google Drive con i referenti aziendali dei piani investimento) - Schede presentate alla CRITE con richiesta di autorizzazione e/o finanziamento - Scheda di misurazione dell'indicatore E.S.3.1
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'obiettivo si ritiene soddisfatto se l'azienda soddisfa al 100% tutti i criteri di adempienza elencati e descritti nella specifica scheda di misurazione.
Significato dell'indicatore	L'indicatore mira ad elevare la qualità del contenuto informativo del piano investimenti aziendale, aumentandone di conseguenza l'utilità come strumento di analisi e valutazione delle politiche di investimento anche in corso dell'esercizio.
Scadenza	Indicate per ciascun criterio di adempienza nella relativa scheda di misurazione.

E.S.3.1	Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti
SCHEMA	

INDICATORE: Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti

Ai fini del raggiungimento di questo obiettivo, l'azienda dovrà rispettare tutti i criteri di compilazione del piano investimenti 2022-2024 di seguito riportati.

Oggetto di valutazione sarà il piano investimenti condiviso in Google Drive. Non saranno valutati piani investimenti ricevuti con altre modalità

Criterio di adempimento	soglia	Descrizione analitica dell'adempimento	Peso
1 - Percentuale codici commessa o codici aziendali di progetto inseriti nelle richieste di autorizzazione e/o finanziamento CRITE e percentuale loro corrispondenza all'interno del piano investimenti 2022-2024	100%	Saranno oggetto di valutazione i seguenti due aspetti: 1 - Per tutte le richieste di autorizzazione e/o finanziamento trasmesse alla CRITE con data successiva al 1 luglio 2022, sarà verificata la presenza all'interno della scheda CRITE di richiesta del codice commessa o codice aziendale di progetto univoco dell'investimento. 2 - Per tutte le richieste di cui al punto precedente, per gli investimenti capitalizzabili nel 2022 o per i quali è prevista la capitalizzazione nel 2023 o 2024 (triennio nel piano investimenti), sarà verificata - attraverso il codice commessa o codice aziendale di progetto univoco - la presenza all'interno del piano investimenti alla data di invio della richiesta alla CRITE	Il mancato rispetto della soglia comporterà azzeramento del punteggio
2 - Grado percentuale di coerenza tra compilazione delle colonne relative alle fonti di finanziamento (da colonna R a colonna AF) e le indicazioni dei pareri CRITE, anche con data antecedente al 1° luglio 2022.	100%	Sarà oggetto di valutazione la coerenza tra le indicazioni sulle fonti di coperture formalizzate nei pareri CRITE, anche emessi con data antecedente al 1° luglio 2022, con i valori inseriti nel piano investimenti 2022-2024 nelle colonne relative alle fonti di copertura (colonne da R a AF). La coerenza è richiesta al 100%. A titolo di esempio: se il parere CRITE ha autorizzato la copertura finanziaria con gli utili aziendali, sarà verificato se la colonna utilizzata quale fonte di copertura dell'investimento in oggetto, all'interno del piano investimenti, è la colonna "utili di esercizio" (colonna contrassegnata con il numero 7)	Il mancato rispetto della soglia comporterà azzeramento del punteggio
3 - Valore rettifiche da Conto Economico 2022 (conto A.2.A) = valore rettifiche da piano investimenti annualità 2022 (colonna "contributi aziendali in conto esercizio" contrassegnate con numero 15)	Si	A partire dalla 3° rendicontazione trimestrale 2022 (CECT T3 2022) è richiesta la quadratura tra il valore delle rettifiche riportato nel conto economico del periodo (conto A.2.A) e il valore complessivo delle rettifiche risultanti da colonna "Contributi aziendali in c/esercizio compresi i finanziamenti a funzione" (contrassegnata con il numero 15) da piano investimenti, foglio relativo all'annualità 2022.	Il mancato rispetto della soglia comporterà azzeramento del punteggio
4 - Valore colonna "cespiti in attesa di copertura finanziaria" (contrassegnata con numero 17) del piano investimenti annualità 2022 in occasione del 4° CECT 2022	0	In occasione della richiesta ufficiale di 4° rendicontazione trimestrale 2022, compreso quindi il piano investimenti, sarà valutato se il valore risultante nel piano investimenti, annualità 2022, colonna "cespiti in attesa di copertura finanziaria" (contrassegnata con numero 17) è pari a zero.	Il mancato rispetto della soglia comporterà azzeramento del punteggio
5 - N. celle non compilate con riferimento ad alcune colonne del piano investimenti 2022-2024	0	A partire dalla 2° rendicontazione trimestrale 2022, in occasione di ogni rendicontazione trimestrale, sarà oggetto di verifica la presenza al 100% dei valori nelle seguenti colonne del piano investimento, con riferimento a ogni singola riga del piano investimenti (fogli 2022, 2023 e 2024): colonna A (ubicazione macro) colonna D (area di investimento) colonna F (descrizione investimento - in concordanza con eventuali richieste di autorizzazione) colonna G (codice commessa/progetto e quindi codice univoco investimento) colonna I (riferimenti CRITE) colonna L (flag PNRR) colonna M (flag COVID) colonna Q (capitalizzato) almeno una delle colonne relative alle fonti di copertura (da colonna R a colonna AF)	Il mancato rispetto della soglia comporterà azzeramento del punteggio

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBBIETTIVO	E.S.3	Sviluppo valutazioni su pianificazione degli investimenti
INDICATORE	E.S.3.2	Rispetto indicatori costo efficacia e costo efficienza definiti da Crite
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Controllo di gestione ed adempimenti LEA
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda E.S.3.2

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Saranno oggetto di valutazione: - le istruttorie tecniche a corredo delle richieste alla CRITE di autorizzazione e/o finanziamento di un investimento - la scheda di misurazione dell'indicatore (E.S.3.2)
Descrizione di soddisfazione della soglia	<p>La soglia si ritiene soddisfatta se il 100% delle richieste alla CRITE, successive al 1° luglio 2022, per le tipologie e gli ambiti individuati, soddisfano i criteri di seguito elencati.</p> <p>L'indicatore si riferisce a tutte le nuove richieste di autorizzazione e/o finanziamento con data successiva al 1° luglio 2022 e con riferimento a queste tipologie ed ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acquisizioni di nuove attrezzature sanitarie che si configurano come ampliamento o upgrade tecnologico della dotazione disponibile; - procedure per nuove forniture o rinnovi di servizi sanitari (ad esempio appalto infermieristico) o non sanitari (servizi di manutenzione o appalti servizi amministrativi). <p>Con riferimento ai due punti precedenti, tutte le richieste trasmesse alla CRITE - a partire dal 1° luglio 2022 - dovranno contenere (o avere in allegato) un'analisi di convenienza economica dell'investimento / procedura e di impatto sul bilancio di esercizio. Nello specifico dovranno essere presenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le acquisizioni di nuove attrezzature sanitarie: va presentato un piano economico - finanziario pluriennale che riporti l'analisi di convenienza economica dell'investimento evidenziandone: voci di ricavo, voci di costo, i flussi di cassa, il valore attuale netto, il tasso interno di rendimento, il pay back period. <p>Oltre al piano, la richiesta alla CRITE dovrà contenere dettagliatamente i seguenti dati/informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'elenco e descrizione di tutte le variabili utilizzate (ad esempio: il tasso di attualizzazione); - le ipotesi formulate alla base della costruzione del piano economico-finanziario (ad esempio: la spiegazione dell'ammontare dei volumi di attività ipotizzati nel piano); - le fonti dati utilizzate per le varie variabili ed elementi di input dell'analisi; - una descrizione complessiva della metodologia seguita nell'analisi; - i numeri relativi ai volumi di attività inseriti nel piano dettagliando: i vari regimi di cura (ambulatoriale, pronto soccorso, screening, etc...), attività intra ed extra regione, attività per ricoverati e non. - i costi unitari dei fattori produttivi (personale, beni, servizi, ...) e le tariffe prese a riferimento per le valorizzazioni economiche. <p>Si precisa che la soglia minima di attività richiesta per tutte le aziende che hanno acquisito il robot chirurgico Da Vinci è di 250 interventi/anno che verrà puntualmente monitorata.</p> <p>Dal piano e dalla relazione a corredo dovranno inoltre risultare chiari i conti di bilanci sui quali sono previsti gli impatti/effetti economici.</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le procedure di nuove forniture o rinnovi di servizi sanitari o non sanitari: va presentata un'analisi economica che illustri l'impatto economico sul bilancio di esercizio aziendale, dando chiara evidenza dei maggiori e/o minori ricavi e/o costi, specificando dettagliatamente il conto del bilancio aziendale. L'analisi dovrà contenere l'articolazione temporale dell'impatto economico nel caso di iniziative con ricadute temporali pluriennali. Nel caso inoltre di nuove iniziative di internalizzazione o esternalizzazione di servizi, la richiesta alla CRITE, oltre all'impatto nel bilancio, deve contenere un'analisi di convenienza economica di tipo "make or buy". <p>Saranno pertanto misurati e valutati ai fini della soddisfazione della soglia entrambi i seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la compilazione della specifica scheda di misurazione "Scheda E.S.3.2"; - la presenza nel 100% delle richieste alla CRITE oggetto di interesse di tutte le informazioni e di tutti i dati in precedenza elencate/i, sia per acquisizioni di nuove attrezzature sanitarie che per le nuove forniture o rinnovi di servizi sanitari e non sanitari.
Significato dell'indicatore	L'indicatore mira a valutare se le richieste di autorizzazione e/o finanziamento presentate alla CRITE sono corredate da adeguate e significative analisi economiche che dimostrino la convenienza economica dell'operazione e/o l'impatto economico negli impatti di esercizio.
Scadenza	La scheda E.S.3.2. dovrà essere completa in ogni sua parte entro il mese di marzo 2023, con riferimento a tutte le richieste CRITE a decorrere dal 1° luglio 2022 fino al 31 marzo 2023 (fa fede la data di trasmissione ufficiale della richiesta alla CRITE).

E.S.3.2	Rispetto indicatori costo efficacia e costo efficienza definiti da Crite
SCHEDA	

Ai fini del raggiungimento di questo obiettivo, l'azienda deve anche completare la tabella sotto riportata con riferimento a tutte le richieste inviate alla CRITE a decorrere dal 1° luglio 2022 fino al 31 marzo

- acquisizioni di nuove attrezzature sanitarie che si configurano come ampliamento o upgrade tecnologico della dotazione disponibile; amministrativi).
- procedure per nuove forniture o rinnovi di servizi sanitari (ad esempio appalto infermieristico) o non sanitari (servizi di manutenzione o appalti servizi)

Azienda richiedente	Data richiesta alla CRITE	N. protocollo aziendale richiesta	Oggetto richiesta	Ambito richiesta
----------------------------	----------------------------------	--	--------------------------	-------------------------

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.4	Miglioramento processo di accreditamento
INDICATORE	E.S.4.1	Garantire supporto al processo di accreditamento attraverso i valutatori aziendali nel rispetto del piano delle verifiche predisposto da Azienda
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Autorizzazione all'esercizio e OTA
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda E.S.4.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Per i procedimenti di Accreditamento delle strutture sanitarie (valido per tutti gli enti del SSR): 1 - disponibilità a partecipare alle verifiche da parte dei valutatori del Registro Regionale di cui al decreto dirigenziale di Azienda Zero n. 36 del 24-2-2022 Per i procedimenti di Accreditamento delle strutture sociosanitarie (valido per le Aziende ULSS): 2 - rapporti di verifica dei requisiti
Descrizione di soddisfazione della soglia	1- Disponibilità dei valutatori 90% 2- Rapporti di verifica inviati 100% Per le aziende Ulss, viene attribuito il punteggio di 0,2 per l'indicatore 1 e 0,3 per l'indicatore 2 Per AOPD, AOUIVR, IOV viene attribuito punteggio di 0,5 per l'indicatore 1
Significato dell'indicatore	Per i procedimenti di Accreditamento delle strutture sanitarie: 1 - numero di valutatori che hanno dato disponibilità a partecipare alle visite di verifica/ numero di valutatori contattati Per i procedimenti di Accreditamento delle strutture sociosanitarie: 2 - numero di rapporti inviati nei tempi rispetto alla pianificazione effettuata da Azienda Zero
Scadenza	31/12/2022

E.S.4.1		Garantire supporto al processo di
SCHEDA		
Azienda	ID_Valutatore	RECLUTAMENTO
011 - Azienda Zero	6	
011 - Azienda Zero	32	
011 - Azienda Zero	48	
011 - Azienda Zero	73	
011 - Azienda Zero	356	
011 - Azienda Zero	935	
011 - Azienda Zero	421	
011 - Azienda Zero	940	
011 - Azienda Zero	534	
011 - Azienda Zero	742	
011 - Azienda Zero	944	
011 - Azienda Zero	844	
011 - Azienda Zero	852	
011 - Azienda Zero	512	
501 - Dolomiti	162	
501 - Dolomiti	203	
501 - Dolomiti	265	
501 - Dolomiti	360	
501 - Dolomiti	678	
501 - Dolomiti	698	
501 - Dolomiti	719	
501 - Dolomiti	759	
501 - Dolomiti	786	
501 - Dolomiti	839	
501 - Dolomiti	856	
502 - Marca Trevigiana	56	
502 - Marca Trevigiana	77	
502 - Marca Trevigiana	146	
502 - Marca Trevigiana	196	
502 - Marca Trevigiana	211	
502 - Marca Trevigiana	279	
502 - Marca Trevigiana	316	
502 - Marca Trevigiana	334	
502 - Marca Trevigiana	383	
502 - Marca Trevigiana	423	
502 - Marca Trevigiana	505	
502 - Marca Trevigiana	551	
502 - Marca Trevigiana	717	
502 - Marca Trevigiana	756	
502 - Marca Trevigiana	817	
502 - Marca Trevigiana	881	
502 - Marca Trevigiana	885	
503 - Serenissima	1	
503 - Serenissima	36	
503 - Serenissima	215	
503 - Serenissima	232	
503 - Serenissima	251	
503 - Serenissima	293	
503 - Serenissima	311	
503 - Serenissima	323	
503 - Serenissima	339	
503 - Serenissima	366	
503 - Serenissima	409	
503 - Serenissima	412	
503 - Serenissima	420	
503 - Serenissima	446	
503 - Serenissima	481	
503 - Serenissima	491	
503 - Serenissima	500	
503 - Serenissima	566	
503 - Serenissima	623	
503 - Serenissima	800	
503 - Serenissima	816	
503 - Serenissima	827	
503 - Serenissima	835	
503 - Serenissima	874	
503 - Serenissima	907	
503 - Serenissima	917	
504 - Veneto Orientale	216	
504 - Veneto Orientale	997	
504 - Veneto Orientale	408	
504 - Veneto Orientale	998	
504 - Veneto Orientale	484	
504 - Veneto Orientale	577	
504 - Veneto Orientale	999	
505 - Polesana	60	
505 - Polesana	165	
505 - Polesana	179	
505 - Polesana	287	

Azienda	ID_Valutatore	RECLUTAMENTO
505 - Polesana	426	
505 - Polesana	494	
505 - Polesana	506	
505 - Polesana	529	
505 - Polesana	587	
505 - Polesana	613	
505 - Polesana	668	
505 - Polesana	795	
506 - Euganea	58	
506 - Euganea	200	
506 - Euganea	351	
506 - Euganea	404	
506 - Euganea	516	
506 - Euganea	552	
506 - Euganea	627	
506 - Euganea	744	
506 - Euganea	770	
507 - Pedemontana	101	
507 - Pedemontana	116	
507 - Pedemontana	936	
507 - Pedemontana	489	
507 - Pedemontana	808	
507 - Pedemontana	988	
508 - Berica	38	
508 - Berica	330	
508 - Berica	617	
508 - Berica	635	
508 - Berica	987	
508 - Berica	778	
508 - Berica	780	
508 - Berica	1000	
509 - Scaligera	3	
509 - Scaligera	7	
509 - Scaligera	9	
509 - Scaligera	17	
509 - Scaligera	55	
509 - Scaligera	90	
509 - Scaligera	97	
509 - Scaligera	169	
509 - Scaligera	171	
509 - Scaligera	227	
509 - Scaligera	267	
509 - Scaligera	278	
509 - Scaligera	281	
509 - Scaligera	284	
509 - Scaligera	295	
509 - Scaligera	379	
509 - Scaligera	384	
509 - Scaligera	415	
509 - Scaligera	443	
509 - Scaligera	467	
509 - Scaligera	492	
509 - Scaligera	493	
509 - Scaligera	518	
509 - Scaligera	537	
509 - Scaligera	578	
509 - Scaligera	605	
509 - Scaligera	673	
509 - Scaligera	709	
509 - Scaligera	728	
509 - Scaligera	758	
509 - Scaligera	845	
509 - Scaligera	847	
509 - Scaligera	855	
509 - Scaligera	868	
509 - Scaligera	895	
509 - Scaligera	906	
901 - AO di Padova	978	
901 - AO di Padova	228	
901 - AO di Padova	586	
901 - AO di Padova	857	
912 - AOUI di Verona	94	
912 - AOUI di Verona	478	
912 - AOUI di Verona	715	
952 - IOV	205	
952 - IOV	984	
Regione del Veneto	197	

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.5	Miglioramento gestione servizi di prenotazione
INDICATORE	E.S.5.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto
SOGLIA		>=80%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTI DATI	<p>FONTI DATI: il sistema di interoperabilità CUP dove verranno considerati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elenco prestazioni che verranno monitorate - indicatori pubblicati nella piattaforma di monitoraggio messa a disposizione da
Metodo di calcolo	<p>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 "sincrona" tramite i servizi di 'App Sanità km zero Ricette'.</p> <p>Verranno effettuate delle transazioni di monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> * su ogni sistema cup presente nelle aziende * con cadenza giornaliera * per ogni prestazione presente nell'elenco consegnato
Significato dell'indicatore	L'obiettivo mira a aumentare l'offerta di prestazioni prenotabili online tramite i servizi di 'App KmZero ricette'
Criterio di soddisfazione della soglia	<p>L'obiettivo sarà superato al verificarsi delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> * per almeno l'80% (>=) delle prestazioni dell'elenco si è ottenuto in risposta uno slot di prenotazione disponibile * l'80% delle transazioni di monitoraggio totali hanno ottenuto uno slot di prenotazione disponibile entro i tempi medi di erogazione del 2021 di ogni singola prestazione. <p>I tempi medi di erogazione, l'elenco delle prestazioni i tempi di erogazione e ulteriori eventuali chiarimenti saranno messi a disposizione nella cartella drive https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1NuAs2fEkA9L4iHLdwZHZoyYILyQW0MJu</p>

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.5	Miglioramento gestione servizi di prenotazione
INDICATORE	E.S.5.2	Progressivo aumento delle prenotazioni in interoperabilità sincrona
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misura	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	FONTE DATI: il sistema di interoperabilità CUP dove verranno considerati: - elenco prestazioni che verranno monitorate - indicatori pubblicati nella piattaforma di monitoraggio messa a disposizione da Arsenal.it
Metodo di calcolo	L'indicatore è calcolato tramite il confronto della percentuale di prenotazioni on line su prenotazioni totali da luglio a dicembre 2022 rispetto alle percentuali di prenotazioni on line registrate a giugno 2022 Le percentuali di giugno 2022 percentuali saranno disponibili nella cartella drive https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1NuAs2fEkA9L4iHLdwZHoyYILyQW0MJu
Significato dell'indicatore	L'obiettivo mira a aumentare l'utilizzo da parte del cittadino dei servizi di interoperabilità cup
Scadenza	L'obiettivo sarà superato se almeno l'80% delle prestazioni dell'elenco avrà aumentato del 10% la percentuale di giugno 2022. La percentuale di giugno e le prestazioni da monitorare saranno messe a disposizione nella cartella drive https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1NuAs2fEkA9L4iHLdwZHoyYILyQW0MJu

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie
INDICATORE	E.S.6.1	Adesione e partecipazione al progetto regionale di miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Inviare a programmazionecontrollossr@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it : 1) Nota di costituzione del gruppo di progetto aziendale con individuazione dei componenti. 2) Invio dei questionari relativi alle struttura e all'organizzazione delle sale operatorie da trasmettere alla Direzione Programmazione e Controllo SSR entro le scadenze previste. 3) Invio dati per misurazione indicatori definiti negli incontri regionali.
Descrizione di soddisfazione della soglia	1) Costituzione del gruppo di progetto aziendale con individuazione dei componenti (0,1) 2) Compilazione ed invio dei questionari relativi alle struttura e all'organizzazione delle sale operatorie da trasmettere alla Direzione Programmazione e Controllo SSR entro le scadenze previste (0,2). 3) Partecipazione agli incontri regionali di confronto, informativi e formativi (0,1). 4) Misurazione degli indicatori definiti negli incontri regionali (0,1).
Significato dell'indicatore	Conoscenza dei modelli organizzativi di gestione delle sale operatorie e delle modalità di utilizzo delle stesse nelle diverse aziende.
Scadenza	Invio componenti gruppo di lavoro entro 15 gg successivi all'invio del vademecum. Invio questionario dati strutturali sale operatorie entro il 15 settembre 2022. Invio con dati 2022 entro il 31 gennaio 2023.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.7	Rispetto dei vincoli di costo del Personale
INDICATORE	E.S.7.1	Rispetto degli obiettivi di costo del personale
SOGLIA		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE RISORSE UMANE DEL SSR
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE RISORSE UMANE DEL SSR
Link a sistema di misurazione/scheda	https://veneto.sigmapaghe.com/ Economico→Bilancio e Fondi→Previsione di bilancio→Monitoraggio costi (misurazione trimestrale e verifica a consuntivo)

FONTE DATI	Conto Economico delle Aziende ed Enti del SSR; Sistema informativo unico per il servizio di gestione informatizzata del personale a qualsiasi titolo impiegato dalle aziende sanitarie della Regione veneto
Metodo di calcolo	Comparazione dei valori di spesa certificati, trimestralmente e a consuntivo, dalle Aziende con CECT e CE Consuntivo (conti: BA2090; BA2230; BA2320; BA2410) rispetto a valori soglia determinati con DGR e Decreti del Direttore dell'Area Sanità e Sociale.
Significato dell'indicatore	Il D.L. n. 35 del 30 aprile 2019, convertito con la Legge n. 60 del 25 giugno 2019 dispone che a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della L. n. 191 del 23 dicembre 2009 (spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap anno 2004 diminuito dell'1,4%).
Criterio di soddisfazione della soglia	Verifica valori di spesa: Dato aziendale ≤ Limite definito da decreto di Area Sanità e Sociale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	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)
INDICATORE	E.S.8.1	% richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" puntualmente soddisfatte
SOGLIA		100%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	Servizio di vigilanza sul sistema socio sanitario (SVSS) istituito dalla legge regionale n. 21 del 5 agosto 2010, presso il Consiglio regionale
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	La documentazione inviata dalle Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale al SVSS sarà oggetto di verifica e valutazione da parte dello Stesso.
Descrizione di soddisfazione della soglia	<p>Le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale risultano adempienti se soddisfano nei tempi previsti e in modo adeguato le richieste provenienti dal SVSS.</p> <p>Eventuali irregolarità nei riscontri alle richieste del SVSS determineranno una penalizzazione nella valutazione dei Direttori Generali. A tali fini, saranno presi in considerazione due macro ambiti relativi, rispettivamente, ai tempi e ai contenuti dei riscontri stessi, secondo i parametri di seguito riportati:</p> <p>TEMPI DI RISPOSTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ogni giorno di ritardo non giustificato • mancato riscontro nei termini previsti malgrado il sollecito inviato <p>CONTENUTI DELLA RISPOSTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riscontro non chiaro in quanto: <ol style="list-style-type: none"> 1. non strutturato rispetto alle specifiche richieste del SVSS 2. con produzione documentale eccessiva e non pertinente 3. contenente dati riferiti a singoli settori/presidi/territori e carente di sintesi d'insieme o di tabelle o strumenti di lettura dei dati 4. non chiaro anche a seguito di successiva nota di chiarimenti • riscontro incompleto in quanto: <ol style="list-style-type: none"> 1. privo di relazione esplicativa, qualora richiesta dal SVSS 2. carente rispetto alle specifiche richieste del SVSS 3. incompleto anche a seguito di successiva integrazione
Significato dell'indicatore	<p>Il comma 3 ter dell'art.4 della legge regionale n. 21 del 5 agosto 2010, come da ultimo novellato dall'articolo 16 comma 2 della legge regionale n. 12 del 27 maggio 2022, prevede "Per i direttori generali delle Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale 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>E' richiesto, pertanto, di ottemperare a tutte le richieste che il SVSS dovesse avanzare.</p>
Scadenza	Le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale devono fornire al SVSS la documentazione richiesta entro i termini indicati dallo Stesso.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.9	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza
INDICATORE	E.S.9.1	Rispetto dei requisiti stabiliti per la soddisfazione degli obiettivi di trasparenza
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	Az0-Convenzioni e Assicurazioni SSR
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicazione, con tempestività, dei dati relativi all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti; • 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; • Pubblicazione concernente i tempi di pagamento dell'amministrazione. 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.
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'obiettivo si ritiene soddisfatto quando, in occasione dei monitoraggi, si rinvergono tutte le pubblicazioni nei siti aziendali con i dati aggiornati al 31.12.2022.
Significato dell'indicatore	Rispetto adempimenti previsti da art. 20 (comma 1 e 2) e art. 33. D. Lgs. 33/2013.
Scadenza	ogni monitoraggio e 31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	E.S.PRE	RISPETTO VINCOLI DI BILANCIO
INDICATORE	E.S.PRE_1	RISPETTO DEL VINCOLO DI BILANCIO ANNUALMENTE ASSEGNATO
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	Azienda Zero - UOC Controllo di gestione ed adempimenti LEA
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	Conto Economico del bilancio d'esercizio aziendale
Metodo di calcolo	Confronto tra risultato di esercizio (conto ZZ9999) del Conto Economico al 4° trimestre 2022 con il risultato economico programmato per l'anno 2022
Significato dell'indicatore	L'indicatore consente di misurare e valutare il rispetto dell'equilibrio economico aziendale, inteso - quest'ultimo - come rispetto del risultato economico programmato per l'anno di riferimento. Il risultato economico programmato è definito con provvedimento di Giunta Regionale (si rimanda a quest'ultimo). La misurazione sarà effettuata con riferimento al conto economico compilato in occasione della 4° trimestrale 2022 (mese indicativo di compilazione sarà gennaio 2023). E' infatti sul risultato del 4° trimestre che è valutato il raggiungimento dell'equilibrio economico del SSR da parte del Tavolo Ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali (art. 12 comma 1 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005).
Criterio di soddisfazione della soglia	Risultato di esercizio del Conto Economico al 4° trimestre 2022 (conto ZZ9999) >= Risultato economico programmato 2022. In caso contrario (Risultato 4° trimestre 2022 < Risultato programmato), l'obiettivo si ritiene comunque raggiunto se la variazione percentuale della somma dei conti BZ9999 e YZ9999 del Conto Economico con riferimento al 4° trimestre 2022 rispetto alla somma dei conti BZ9999 e YZ9999 del Conto Economico consuntivo 2021 è <= all'1,3%.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.1	Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie
INDICATORE	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
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie e Screening
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda Q.D.1.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	L'azienda deve aver recepito la delibera 162/2022 e inviato i monitoraggi ad Azienda Zero secondo le tempistiche e le modalità richieste
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'obiettivo si riterrà raggiunto se sarà pervenuta la documentazione entro i tempi e secondo le modalità richieste (50% punteggio) e se sarà stato attuato il Piano Recupero Liste d'attesa presentato (50% punteggio)
Significato dell'indicatore	Il monitoraggio sarà trimestrale ma si valuterà il raggiungimento complessivo a fine anno, separatamente per la parte di ricovero, ambulatoriale e screening (rispettivamente peseranno 20%,20%, 10% oppure 25% e 25% nel caso di Azienda Ospedaliera e IOV). V. scheda
Scadenza	Entro 31.12.2022

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
SCHEDA	

Verifica tempistica e modalità (50% punteggio)

Aziende	Delibera Piano recupero liste d'attesa	1° monitoraggio secondo modalità e tempi	2° monitoraggio secondo modalità e tempi	3° monitoraggio secondo modalità e tempi	4° monitoraggio secondo modalità e tempi
501	X	X			
502	X	X			
503	X	X			
504	X	X			
505	X	X			
506	X	X			
507	X	X			
508	X	X			
509	X	X			
901	X	X			
912	X	X			
952	X	X			

Verifica attuazione Piano (50% punteggio)

Aziende	RICOVERO CHIRURGICO (20% o 25% se AO/IOV)				PRESTAZIONI AMBULATORIALI (20% o 25% se AO/IOV)				SCREENING (10% solo per ASL)			
	% attuazione Piano Gen-Mar	% attuazione Piano Gen-Giu	% attuazione Piano Gen-Set	% attuazione Piano Gen-Dic	% attuazione Piano Gen-Mar	% attuazione Piano Gen-Giu	% attuazione Piano Gen-Set	% attuazione Piano Gen-Dic	% attuazione Piano Gen-Mar	% attuazione Piano Gen-Giu	% attuazione Piano Gen-Set	% attuazione Piano Gen-Dic
501												
502												
503												
504												
505												
506												
507												
508												
509												
901												
912												
952												

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.1	Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie
INDICATORE	Q.D.1.2	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) Scheda di misurazione "Scheda_Q.D.1.2" alimentata con dati forniti da azienda zero mensilmente. (nota Azero prot. 25881 del 30/09/2021)

FONTE DATI	Flusso informativo SDO
Metodo di calcolo	I dettagli del metodo di calcolo dei tempo di attesa medi e dei ricoveri considerati verranno forniti da azienda zero con il primo invio di report
Significato dell'indicatore	Rispetto dei tempi massimi di attesa per l'effettuazione di interventi chirurgici oncologici e non oncologici correlati alle classi di priorità
Criterio di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se sono rispettate le seguenti condizioni: a) il tempo medio di attesa per classe di priorità del 2022 è ridotto del 5% rispetto al 2021 b) la percentuale di ricoveri che non rispettano i tempi massimi di attesa per classe di priorità è inferiore rispetto al 2021 Vengono distinti i drg oncologici dai non oncologici e vengono attribuiti pesi specifici come indicato nella scheda di misurazione. Viene attribuito l'80% del punteggio se la variazione del tempo medio è compresa tra il -2% e -5% e se la variazione % tempi non rispettati non supera il 5%

Q.D.1.2 Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità

SCHEDA

ESEMPIO CALCOLO VALORE INDICATO

In giallo le informazioni che verranno fornire alle aziende da Azienda Zero

TABELLA DEI PESI DELL'INDICATORE		a) tempo medio	b) percentuale di
DRG chirurgici oncologici	A (entro 30 gg)	8,00%	12,00%
	B (entro 60 gg)	6,00%	9,00%
	C (entro 90 gg)	4,00%	6,00%
	D (entro 180 gg)	4,00%	6,00%
	E (entro 365 gg)	2,00%	3,00%
DRG chirurgici NON oncologici	A (entro 30 gg)	4,80%	7,20%
	B (entro 60 gg)	3,20%	4,80%
	C (entro 90 gg)	3,20%	4,80%
	D (entro 180 gg)	2,80%	4,20%
	E (entro 365 gg)	2,00%	3,00%
		40%	60%

Valore indicatore 61%

ESEMPIO DI CALCOLO INDICATORE DA REPORT		2021								2022							
		DRG chirurgici oncologici				DRG chirurgici NON oncologici				DRG chirurgici oncologici				DRG chirurgici NON oncologici			
Azienda Dimissione	Classe Priorità	Tempo medio	# rispettati	rispettati	con tempi	medio	# rispettati	rispettati	con tempi	Tempo medio	# rispettati	rispettati	con tempi	medio	# rispettati	rispettati	con tempi
Veneto	A (entro 30 gg)	19,19	36.51.00	15.50	12%	19,41	54.47.00	17.15	12%	18	30.00.00	4.00	12%	19	42.00.00	6.00	13%
	B (entro 60 gg)	39,24	17.12	6.38	14%	46,02	28.12.00	6.41	18%	35	9.00	2.00	18%	45	30.00.00	6.00	17%
	C (entro 90 gg)	64,18	13.04	757	17%	77,54	41.55.00	11.55	23%	63	4.00	800	17%	77	25.00.00	16.20	25%
	D (entro 180 gg)	81,77	12.34	273	9%	108,14	26.38.00	15.58	16%	110	3.00	300	9%	110	25.00.00	5.00	17%
	E (entro 365 gg)	172,76	723	87	11%	172,72	15.35	2.09	13%	170	800	100	11%	170	15.00	2.00	12%

a) tempo medio								b) percentuale di ricoveri con tempi non rispettati							
DRG chirurgici oncologici				DRG chirurgici NON oncologici				DRG chirurgici oncologici				DRG chirurgici NON oncologici			
Var 22-21	soglia	indicatore su	punteggio	Var 22-21	soglia	indicatore su	e	Var 22-21	soglia	indicatore su	e	Var 22-21	soglia	indicatore su	e
-7%	100%	8%	8%	-2,11%	80%	5%	4%	-2,1%	100%	12%	12,00%	7,8%	0%	7%	0%
-24%	100%	6%	6%	-2,22%	80%	3%	3%	34,4%	0%	9%	0%	-6,1%	100%	5%	5%
-19%	100%	4%	4%	-0,70%	0%	3%	0%	-4,0%	100%	6%	6%	8,4%	0%	5%	0%
2%	0%	4%	0%	1,72%	0%	3%	0%	-3,2%	100%	6%	6%	2,0%	80%	4%	3%
-2%	0%	2%	0%	-1,57%	0%	2%	0%	3,4%	80%	3%	2%	-11,2%	100%	3%	3%
			18%				6%				26%				11%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.1	Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie
INDICATORE	Q.D.1.3	Tempi medi specialistica 2022 per prestazioni con priorità B (escluso laboratorio) su prescritte ultimi 12 mesi
SOGLIA		< valore maggio 2021

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	<p>il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)</p> <p>Scheda di misurazione "Scheda_Q.D.1.3" alimentata con dati forniti da Azienda Zero al link</p> <p>https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+Analisi+Prescritto-Erogato&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+Prescrizioni/&appSwitcherDisabled=true&propertiesEnabled=false&commentsEnabled=false&reportViewOnly=true&_bkurl_a=http%3A%2F%2Fdsws.websanita.intra.rve%3A7980%2FSASPortal%2FbackToMain.do_bkurl_z&_bkdescr_a=Selezionare+per+ritornare+alla+pagina+del+portale._bkdescr_z&_bklabel_a=Portale_bklabel_z</p>

FONTE DATI	Flusso informativo SPS - DEMA
Metodo di calcolo	<p>numeratore: somma del numero di giorni intercorsi dalla data di prescrizione alla data di erogazione della prestazione di classe B (escluso laboratorio);</p> <p>denominatore: numero di prestazioni di classe di priorità B (escluso laboratorio). Si considerano solamente le prestazioni con tempo calcolato maggiore di zero.</p>
Significato dell'indicatore	L'indicatore serve a misurare il tempo (in giorni) che intercorre tra la prescrizione della ricetta e l'erogazione della prestazione di classe di priorità B.
Criterio di soddisfazione della soglia	Il rispetto dei tempi medi delle prestazioni di specialistica con priorità B (esclusa la branca di laboratorio 03) per l'anno 2022 dovrà essere inferiore alla soglia

Q.D.1.3	Tempi medi specialistica 2022 per prestazioni con priorità B (escluso laboratorio) su prescritte ultimi 12 mesi
SCHEDA	

Descrizione del criterio/adempimento	link	SOGLIA valore monitoraggio maggio 2021	valore monitoraggio maggio 2022	PESO
PER AZIENDE ULSS	Prescritto-Erogato			
1. tempo medio di attesa (gg)				70%
2. media gg. prescrizione-contatto				10%
3. media gg contatto-prima disponibilità				10%
4. media gg prima disponibilità-erogazione				10%
5. % di prestazioni B non erogate				valutati i seguenti indicatori che identificano condizioni diverse di raggiungimento dell'indicatore
6. percentuale di prestazioni B sul totale				
7. volumi (n. prestazioni B)				
PER AZIENDE OSPEDALIERE E IOV	Prescritto-Erogato			
1. tempo medio di attesa (gg)				70%
2. media gg. prescrizione-contatto				10%
3. media gg contatto-prima disponibilità				10%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.2	Miglioramento assistenza domiciliare
INDICATORE	Q.D.2.1	Attività propedeutiche all'implementazione dei sistemi informativi regionali: Cartella unica regionale di Cure Domiciliari e del Sistema informativo Continuità Assistenziale
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	<p>Invio a sistemi.informativi@azero.veneto.it, cureprimarie@regione.veneto.it, obiettivi.dg@regione.veneto.it - sulla base dei modelli da compilare e messi a disposizione entro il 1 agosto - di:</p> <p>1) Documento di assessment AS-IS per l'implementazione del Sistema informativo regionale per la Continuità Assistenziale 2) Documenti di assessment AS-IS per l'implementazione del Sistema Informativo regionale per le Cure domiciliari</p> <p>In particolare dovranno contenere per Distretto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - applicativi in uso - funzionalità presenti e output - integrazioni con applicativi aziendali/regionali <p>3) Adeguamento alle specifiche funzionali dei tracciati SIAD tramite invio del flusso</p>
Descrizione di soddisfazione della soglia	<p>L'indicatore si ritiene raggiunto se l'Azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trasmette la documentazione completa di cui ai punti 1) e 2) entro il 31 ottobre 2022 (peso attribuito: rispettivamente 1/3 e 1/3)) - trasmette l'invio del flusso di cui al punto 3), secondo il nuovo tracciato SIAD entro il 31 gennaio 2023 (peso attribuito: 1/3).
Significato dell'indicatore	Verificare lo stato di adeguamento dei sistemi aziendali alle indicazioni nazionali e regionali
Scadenza	<p>31/10/2022 - Documenti di assessment AS-IS Sistema informatico Continuità assistenziale e Cure Domiciliari</p> <p>31/01/2023 - Invio flusso ADI secondo le nuove specifiche</p>

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.2	Miglioramento assistenza domiciliare
INDICATORE	Q.D.2.2	Rispetto degli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 ed adeguamento del modello
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. CURE PRIMARIE
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	L'Azienda dovrà presentare: 1) il monitoraggio ADI debitamente compilato secondo il modello che verrà messo a disposizione, sullo stato di attuazione degli indirizzi di cui alla DGR 1075/2017 al 30/06/2022, relativi a: - la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00; - la contattabilità del personale infermieristico 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00; - la definizione e formalizzazione delle procedure operative aziendali. 2) documentazione rispetto ai requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale per le cure domiciliari, secondo le indicazioni regionali che verranno fornite.
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene raggiunto se l'Azienda: 1) trasmette all'indirizzo cureprimarie@regione.veneto.it il monitoraggio ADI entro il 31 agosto 2022 (peso attribuito: 1/2) 2) trasmette all'indirizzo cureprimarie@regione.veneto.it la documentazione sull'autovalutazione rispetto all'accredimento ADI, entro 30 giorni dall'invio delle indicazioni regionali (peso attribuito: 1/2).
Significato dell'indicatore	Verificare l'adeguamento di quanto disposto dalla DGR 1075/2017 e alla programmazione regionale rispetto alla DGR n. 1780/2021 di Recepimento Intesa n. 151/CSR/2021
Scadenza	1) 31/08/2022 - Monitoraggio ADI stato dell'arte al 30/06/2022 2) entro 30 giorni dall'invio delle indicazioni regionali.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.2	Miglioramento assistenza domiciliare
INDICATORE	Q.D.2.3	% anziani >=65 anni trattati in ADI
SOGLIA		> valore 2021

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flussi informativo di "Assistenza e Cure Domiciliari" ISTAT - popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento
Metodo di calcolo	Numeratore: Persone >= 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione x 100 Denominatore: Popolazione residente >= 65 anni Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione. Metodologia in "Sistema di Valutazione delle Performance", Indicatore B28.1.2 - https://performance.santannapisa.it
Significato dell'indicatore	L'indicatore monitora il volume di assistenza erogata dalle Cure Domiciliari nella popolazione anziana.
Criterio di soddisfazione della soglia	Valore indicatore 2022 > valore indicatore 2021

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili
INDICATORE	Q.D.3.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo dell'attività di telemedicina
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Link a sistema di misurazione/scheda	Vedi foglio Scheda Q.D.3.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	L'azienda deve inviare all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e cureprimarie@regione.veneto.it la relazione per ciascun progetto (vedi ultima voce della scheda _Q.D.3.1), ove devono essere declinate le caratteristiche del servizio, le prestazioni erogabili, il target dei pazienti, le modalità di tracciamento delle prestazioni erogate. Nel caso di progetti in fase di avvio, cronoprogramma per l'implementazione e stima del volume di attività e del numero dei pazienti coinvolti.
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore è soddisfatto se sono avviati o pianificati a livello aziendale progetti di telemedicina rilevati con la tabella di cui alla scheda tecnica. In sede di valutazione verranno considerati la numerosità dei progetti, la diversità delle tipologie di servizio di telemedicina e la numerosità dei pazienti coinvolti.
Significato dell'indicatore	L'indicatore stimola l'implementazione di servizi erogati in telemedicina, individuando strumenti di monitoraggio utili a determinare eventuali criticità e a misurare eventuali output per migliorare i servizi stessi.
Scadenza	Invio entro il 31/12/2022 della scheda Q.D.3.1, di una relazione intermedia entro il 31/10/2022, sia per i progetti già avviati che quelli pianificati e rendicontazione finale entro il 31/01/2023

Q.D.3.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo dell'attività di telemedicina
SCHEDA	

criterio/adempimento	Tipo di servizio di telemedicina (definite in "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR))							
	televisita	teleconsulto medico	teleconsulenza	teleassistenza	telemonitoraggio	telecontrollo	teleriabilitazione	Altro (esempio telerefertazione)
Numero progetti								
Definire in quale BRANCA è stata attuata l'esperienza								
Formalizzazione progettualità (dettagliato per singolo progetto), indicando i riferimenti dei provvedimenti di approvazione								
Possibilità di tracciare l'informazione								
Sistema informativo utilizzato								
Numero pazienti coinvolti per ciascun progetto								
Numero personale (specialisti, professionisti sanitari,...) coinvolto o che hanno aderito al progetto								
Relazione intermedia e finale per ciascun progetto (efficacia, efficienza, economicità)								

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili
INDICATORE	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
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della	U.O. Cure Primarie U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	<p>L'Azienda ULSS dovrà presentare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) il monitoraggio COT debitamente compilato, utilizzando il format fornito dalla Regione, e relativo a: <ul style="list-style-type: none"> - mappatura funzioni in essere alla COT; -l'ampliamento dell'orario di copertura della COT (dalle ore 7:00 alle ore 21:00 per 7 giorni su 7) - DGR 1103/2020. 2) documentazione sull'adeguamento alla programmazione regionale rispetto al DM 77/2022 secondo le indicazioni regionali che verranno fornite 3) procedura relativa alle dimissioni protette coerente con le indicazioni regionali (DDR 18/2022) AOU PD, AOUI VR, IOV nell'ottica dello sviluppo delle COT e degli strumenti di telemedicina: <ol style="list-style-type: none"> 1) deve presentare la procedura relativa alle dimissioni protette coerente con le indicazioni regionali (DDR 18/2022) condivisa per AOU PD con ULSS 6, per AOUI VR con ULSS 9, per IOV con ULSS 6 e ULSS 2. 2) deve inviare la scheda Q.D.3.2 comprensiva della relazione per ciascun progetto (vedi ultima voce) ove devono essere declinate le caratteristiche del servizio, le prestazioni erogabili, il target dei pazienti, le modalità di tracciamento delle prestazioni erogate. Nel caso di progetti in fase di avvio, cronoprogramma per l'implementazione e stima del volume di attività e del numero dei pazienti coinvolti.
Descrizione di soddisfazione della soglia	<p>L'indicatore si ritiene raggiunto se l'Azienda ULSS trasmette all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e cureprimarie@regione.veneto.it:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) il monitoraggio COT entro il 31 agosto 2022 (peso attribuito = 1/3) 2) la documentazione sull'adeguamento alla programmazione regionale rispetto al DM 77/2022, entro 30 giorni dall'invio delle indicazioni regionali. (peso attribuito = 1/3) 3) la procedura adottata relativa alle dimissioni protette entro il 31/12/2022 (peso attribuito = 1/3) <p>L'indicatore si ritiene raggiunto se AOU PD, AOUI VR, IOV trasmette all'indirizzo obiettivi.dg@regione.veneto.it e cureprimarie@regione.veneto.it:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la procedura adottata relativa alle dimissioni protette entro il 31/12/2022. (peso attribuito = 1/2) 2) la relazione intermedia entro il 31/10/2022, sia per i progetti già avviati che quelli pianificati, la rendicontazione finale entro il 28/02/2023. In sede di valutazione verranno considerati la numerosità dei progetti, la diversità delle tipologie di servizio di telemedicina e la numerosità dei pazienti coinvolti. (peso attribuito = 1/2)
Significato dell'indicatore	<p>Verificare l'adeguamento di quanto disposto dalla DGR 1103/2020 e alla programmazione regionale rispetto al DM 77/2022.</p> <p>L'indicatore, anche nell'ottica dello sviluppo delle COT, stimola l'implementazione di servizi erogati in telemedicina, individuando strumenti di monitoraggio utili a determinare eventuali criticità e a misurare eventuali output per migliorare i servizi stessi.</p>
Scadenza	<p>Azienda ULSS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 31/08/2022: Monitoraggio COT 2) entro 30 giorni dall'invio delle indicazioni regionali: documentazione sull'adeguamento alla programmazione regionale rispetto al DM 77/2022 3) 31/12/2022: procedura adottata relativa alle dimissioni protette AOU PD, AOUI VR, IOV: <ol style="list-style-type: none"> 1) 31/12/2022: procedura adottata relativa alle dimissioni protette 2) invio entro il 31/12/2022 della scheda Q.D.3.2, di una relazione intermedia entro il 31/10/2022, sia per i progetti già avviati che quelli pianificati e rendicontazione finale entro il 31/01/2023

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
SCHEDA	

criterio/adempimento	Tipo di servizio di telemedicina (definite in "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" adottato con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 (Repertorio atti n.215/CSR))							
	televisita	teleconsulto medico	teleconsulenza medico-sanitaria	teleassistenza	telemonitoraggio	telecontrollo	teleriabilitazione	Altro (esempio telerefertazione)
Numero progetti								
Definire in quale BRANCA è stata attuata l'esperienza								
Formalizzazione progettualità (dettagliato per singolo progetto), indicando i riferimenti dei provvedimenti di approvazione								
Possibilità di tracciare l'informazione								
Sistema informativo utilizzato								
Numero pazienti coinvolti per ciascun progetto								
Numero personale (specialisti, professionisti sanitari,...) coinvolto o che hanno aderito al progetto								
Relazione intermedia e finale per ciascun progetto (efficacia, efficienza, economicità)								

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili
INDICATORE	Q.D.3.3	Attuazione PDTA assunzione personale CSM previsto dalla DGR 371/2022
SOGLIA		>= 75%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Inviare a salute.mentale@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it documento riassuntivo delle Delibere di assunzione di: Psicologo
Descrizione di soddisfazione della soglia	Delibera di assunzione al 31/12/2022 del 75% complessivo del personale carente sulla base del numero assoluto di assegnazione (Contratti di assunzione presso il CSM di: Psicologo psicoterapeuta, Terp, Educatore socio-sanitario, Assistente sociale). Il criterio è valido solo se al 30/09/2022 sarà disponibile una graduatoria regionale per il ruolo professionale: psicologo, assistente sociale, TERP.
Significato dell'indicatore	Adempimento previsto dalla DGR 371/2022
Scadenza	31 dicembre 2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili
INDICATORE	Q.D.3.4	Adeguare l'organizzazione del personale dell'Unità Operativa per la tutela della salute della persone con limitazione della libertà agli standard definiti dalla DGR n. 1669 del 29 novembre 2021
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Inviare a salute.mentale@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it documento riassuntivo contenente le richieste di assunzione del personale
Descrizione di soddisfazione della soglia	Richiesta di assunzione del personale in CRITE (100%) entro il III trimestre del 2022 e attivazione dei relativi bandi di reclutamento (100%) entro il IV trimestre
Significato dell'indicatore	Adempimento previsto dalla DGR 1669/2021
Scadenza	31 dicembre 2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili
INDICATORE	Q.D.3.5	Completamento programmazione residenziale extraospedaliera salute mentale prevista dalla DGR1673/18 e succ.
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Inviare a salute.mentale@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it il documento di Monitoraggio trimestrale del 30 settembre 2022
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta in caso di completamento dell'attuazione della programmazione di residenzialità extraospedaliera prevista dalla DGR 1673/2018 e ss.mm.ii. L'obiettivo si ritiene parzialmente soddisfatto con assegnazione di 0.15 punti in caso di esaustiva relazione esplicativa delle motivazioni del mancato completamento.
Significato dell'indicatore	Attuazione della DGR1673/2018 e ss.mm.ii.
Scadenza	31 dicembre 2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	Q.D.4	Sviluppo degli ospedali di comunità
INDICATORE	Q.D.4.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo degli Ospedali di comunità
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda Q.D.4.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Scheda_Q.D.4.1 compilata per ciascun Ospedale di Comunità pubblico e privato accreditato appartenente all'azienda sanitaria.
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene raggiunta con la compilazione in ogni sua parte della scheda allegata per ciascun Ospedale di Comunità pubblico e privato accreditato appartenente all'azienda sanitaria. Tale scheda può essere accompagnata da relazione aggiuntiva. Scheda ed eventuale relazione devono essere inviate a assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it , programmazione sanitaria@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it
Significato dell'indicatore	Verifica dello stato di attivazione degli Ospedali di Comunità secondo quanto previsto dalla Programmazione Regionale vigente.
Scadenza	invio entro il 30/11/2022 a assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it , programmazione sanitaria@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it

O.D.4.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo degli Ospedali di comunità
SCHEDA	

critero/adempimento				
Rispetto della programmazione vigente				
	Situazione al 30/11/2022	Fase di attivazione al 30/11/2022	Data previsione completamento programmazione	Motivazioni del non raggiungimento al 30/11
Per ogni ospedale di comunità pubblico e privato previsto in programmazione regionale DGR 614/2019 e s.m. DGR 1107/2020 e DGR 136/2022		1) Autorizzazione alla Realizzazione 2) Autorizzazione all'Esercizio 3) Accredimento istituzionale 4) Stipula Accordo contrattuale		

Tipologia pazienti	n.	età media	% pazienti con precedente ricovero nei 60 gg precedenti	% pazienti con destinazione struttura residenziale
Pazienti provenienti da ricovero ospedaliero				
<i>di cui domiciliati in struttura residenziale</i>				
Pazienti provenienti da pronto soccorso				
Pazienti provenienti direttamente da struttura residenziale				
Pazienti provenienti direttamente da domicilio				

Gestione organizzativa			
n. di professionisti presenti in turno			
personale infermieristico	mattina	pomeriggio	notte
lun			
mar			
mer			
gio			
ven			
sab			
dom			
personale di supporto	mattina	pomeriggio	notte
lun			
mar			
mer			
gio			
ven			
sab			
dom			
personale medico	totale ore presenza		
lun			
mar			
mer			
gio			
ven			
sab			
dom			

Responsabilità gestionale	
Programmazione e/o effettuazione di periodiche verifiche da parte della U.O. Cure Primarie o altra struttura distrettuale competente dell'azienda sanitaria, sul rispetto dell'Accordo contrattuale e sulla qualità percepita dai pazienti presi in carico dalla struttura.	

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.1	Recupero ricoveri di pazienti veneti effettuati fuori regione
INDICATORE	Q.O.1.1	Recupero mobilità passiva / aumento mobilità attiva specifico per azienda sanitaria
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda_Q.O.1.1

FONTE DATI	SDO e flusso di mobilità fornito da Azienda Zero
Metodo di calcolo	<p>Il metodo di calcolo è riprodotto nella scheda di Scheda_Q.O.1.1.</p> <p>Per le aziende ulss: (valore ricoveri mobilità passiva 2° semestre 2022- valore ricoveri massimo mobilità passiva semestri 2018-2019)/valore massimo mobilità passiva semestri 2018-2019=>-10%</p> <p>Per le aziende ospedaliere e IOV: (valore mobilità attiva 2° semestre 2022- valore minimo mobilità attiva semestri 2018-2019)/valore minimo mobilità attiva semestri 2018-2019=>0</p> <p>Per le aziende territoriali, per mobilità passiva si intende il valore dei ricoveri programmati esclusi i parti di pazienti veneti nelle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Provincia di Trento, Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia. Tale valore viene fornito trimestralmente da Azienda Zero che provvederà alla compilazione dei valori della Scheda di misurazione per gli anni 2018-2019 e fornirà appena disponibili i dati del 2022.</p> <p>Per le aziende ospedaliere e IOV, si intende mobilità attiva il valore dei ricoveri programmati esclusi i parti di residenti non Veneti.</p>
Significato dell'indicatore	<p>Le aziende sanitarie territoriali organizzano i servizi per l'erogazione di prestazioni ai propri residenti. La rete di offerta ospedaliera della regione del Veneto esprime la miglior efficienza fornendo innanzitutto le prestazioni per ogni cittadino residente e quindi riducendo la mobilità passiva.</p> <p>Le aziende ospedaliere e lo iov inoltre si configurano nella rete ospedaliera come centri di eccellenza e trova quindi massima efficienza nel fornire prestazioni di altissima specialità a tutti i pazienti del bacino di riferimento e quindi aumentando la mobilità attiva.</p>
Criterio di soddisfazione della soglia	<p>Per aziende Ulss: l'indicatore si ritiene soddisfatto se nel 2° semestre 22 c'è la riduzione di almeno il 10% rispetto a valore massimo dei 4 semestri 2018-2019 della fuga passiva verso le 5 regioni confinanti o riduzione di almeno uno dei 2 mdc specifici riportati in scheda di misurazione.</p> <p>Per aziende ospedaliere e IOV: l'indicatore di ritiene soddisfatto se il valore dei ricoveri di mobilità attiva del secondo semestre 22 sono superiori di almeno 10% rispetto al valore dei ricoveri dei 4 semestri 2018-2019.</p>

Q.O.1.1	Recupero mobilità passiva / aumento mobilità attiva specifico per azienda sanitaria
SCHEMA	

in giallo le informazioni che saranno rese disponibili nel drive <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1NuAs2fekA9L4iHLdwZHzyYlYlQWOMJu> da azienda zero secondo i criteri descritti nella scheda

Valore dell'indicatore									
Ulss 1		100%							
Ulss 2		#DIV/0!							
Ulss 3		#DIV/0!							
Ulss 4		#DIV/0!							
Ulss 5		#DIV/0!							
Ulss 6		#DIV/0!							
Ulss 7		#DIV/0!							
Ulss 8		#DIV/0!							
Ulss 9		#DIV/0!							
AOU PD		#DIV/0!							
AOUI VR		#DIV/0!							
IOV		#DIV/0!							
		Valori ricoveri mobilità passiva (regioni confinanti)							
		2018_1_sem	2018_2_sem	2019_1_sem	2019_2_sem	Valore massimo	2022_2_sem	Var 22-massimo	% soglia
Ulss 1	05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio	50	100	200	120	200	100	-50%	100%
	08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo	50	100	200	120	200	0	-100%	100%
	Totale passiva	50	100	200	120	200	0	-100%	100%
Ulss 2	17. Malattie e Disturbi Mieloproliferativi e Neoplasie Scarsamente Differenziate					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	10. Malattie e Disturbi Endocrini, della Nutrizione e del Metabolismo					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 3	08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	03. Malattie e Disturbi dell' orecchio, Naso, Gola					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 4	17. Malattie e Disturbi Mieloproliferativi e Neoplasie Scarsamente Differenziate					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	03. Malattie e Disturbi dell' orecchio, Naso, Gola					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 5	05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	06. Malattie e Disturbi dell' apparato Digerente					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 6	08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	01. Malattie e Disturbi del Sistema Nervoso					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 7	05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 8	05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
Ulss 9	05. Malattie e Disturbi del Sistema Circolatorio					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	08. Malattie e Disturbi del Sistema Osteomuscolare e Connettivo					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
	Totale passiva					0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
		Valori ricoveri mobilità attiva							
		2018_1_sem	2018_2_sem	2019_1_sem	2019_2_sem	Valore minimo	2022_2_sem	Var 22-min	% soglia
Azienda ospedale università Padova						0		#DIV/0!	#DIV/0!
Azienda ospedaliera universitaria integrata Verona						0		#DIV/0!	#DIV/0!
IOV Padova						0		#DIV/0!	#DIV/0!
IOV Castelfranco						0		#DIV/0!	#DIV/0!

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.2	Sviluppo indagini di qualità percepita dai pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)
INDICATORE	Q.O.2.1	Implementazione scheda di rilevazione "azioni di miglioramento" per indagini PREMs e PROMs
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Compilazione form di rilevazione azioni di miglioramento che verrà messo a disposizione. Alcune delle informazioni contenute nel form sono: dimensione di analisi interessata, problema individuato, obiettivo da raggiungere, azione individuata per raggiungimento obiettivo, responsabile dell'iniziativa, tempo di conclusione dell'azione, monitoraggio.
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta se al 31/12 sono state identificate e inserite nel form le azioni di miglioramento
Significato dell'indicatore	Le indagini di qualità percepita restituiscono dei risultati che devono essere utilizzati al fine di individuare azioni di miglioramento che vadano a limitare o eliminare le problematiche individuate. L'indicatore va a verificare se l'azienda utilizza i risultati delle indagini sviluppando capacità di analisi e promuovendo il confronto sui risultati.
Scadenza	entro il 31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.2	Sviluppo indagini di qualità percepita dai pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)
INDICATORE	Q.O.2.2	Avvio indagine PREMs
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Il tasso di adesione all'indagine verrà verificata direttamente da Azienda Zero nel sistema informativo dedicato dell'indagine
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se al 31/12/2022 il tasso di adesione è superiore al tasso di adesione delle aziende venete che hanno già avviato l'indagine. In caso di non avvio dell'indagine verranno valutate le attività preliminari concluse: 1-Inviare a Azienda Zero i nominativi del team aziendale per il coordinamento delle attività dell'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente come da nota di Azienda Zero prot.17886-17/06/2022 2-Implementazione dei requisiti privacy: sottoscrizione nomine di responsabile del trattamento dei dati ex art. 28 del GDPR nei confronti di Azienda Zero e della scuola Superiore Sant'Anna di Pisa 3-Implementazione dei requisiti tecnici: evidenza di almeno una prova di invio dei dati
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta il tasso di adesione e l'adempimento delle attività propedeutiche all'avvio dell'indagine sull'esperienza del paziente durante il ricovero ordinario
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.2	Sviluppo indagini di qualità percepita dai pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)
INDICATORE	Q.O.2.3	Avvio indagine PaRIS
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Il tasso di adesione all'indagine verrà verificata direttamente da Azienda Zero nel sistema informativo dedicato dell'indagine
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se al 31/12/2022 il tasso di adesione è almeno del 30%. In caso di non conclusione dell'indagine verranno valutate le attività preliminari concluse: 1-Inviare a Azienda Zero i nominativi del team aziendale per il coordinamento delle attività dell'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente come da nota di Azienda Zero prot.17886-17/06/2022 2-Implementazione dei requisiti privacy: sottoscrizione nomine di responsabile del trattamento dei dati ex art. 28 del GDPR nei confronti di Azienda Zero e della scuola Superiore Sant'Anna di Pisa 3-Implementazione dei requisiti tecnici: evidenza di almeno una prova di invio dei dati
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta l'adempimento delle attività propedeutiche all'avvio dell'indagine sull'esperienza del paziente relativa all'assistenza territoriale
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti
INDICATORE	Q.O.3.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia
SOGLIA		>=20%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Governo Clinico
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), EMUR-PS
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: n. eventi di ictus ischemici giunti in ospedale e trattati con trombolisi o trombectomia</p> <p>Denominatore: n. eventi di ictus ischemici giunti in ospedale</p> <p>Indicatore: Numeratore/Denominatore*100</p> <p>Sono considerati "eventi di ictus" il verificarsi, per il medesimo paziente, di uno o più ricoveri con diagnosi principale di ictus nell'arco di 28 giorni dal ricovero indice.</p> <p>Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, ad esclusione dei ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione e di Lungodegenza (codici disciplina '56','75','28','60'), con le seguenti diagnosi principali ICD9-CM:</p> <p>Ictus ischemico: 433.*1, 434.*1, 436</p> <p>Va precisato che dal momento che nel corso dello stesso evento possono essere stati effettuati entrambi i trattamenti, la percentuale complessiva di eventi trattati con trombolisi o trombectomia potrebbe non coincidere con la <u>somma delle percentuali dei singoli trattamenti.</u></p>
Significato dell'indicatore	<p>Sono evidenti i vantaggi della pratica nei soggetti con ictus ischemico della trombolisi endovenosa, terapia di provata efficacia in pazienti selezionati in accordo a specifici criteri, e vi sono numerose evidenze a supporto dell'efficacia di tale trattamento nelle prime ore di insorgenza della sintomatologia, al pari delle emorragie cerebrali, da cui la necessità di ottimizzare i tempi di accesso alle strutture deputate all'effettuazione dei trattamenti trombolitici tramite il SUEM 118.</p> <p>Evidente inoltre come il trattamento trombolitico abbia un'efficacia decisamente minore qualora l'occlusione interessi un grosso vaso intracranico, e in tali casi trova indicazione l'asportazione meccanica del trombo, anch'essa tanto più efficace quanto più precocemente viene iniziata.</p>
Criterio di soddisfazione della soglia	>=20%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti
INDICATORE	Q.O.3.2	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 0-1 giorni
SOGLIA		>=80%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	SDO
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 gg. (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 1 giorno).</p> <p>Denominatore: Numero di episodi di STEMI</p> <p>Criteri di inclusione e di esclusione come da PNE indicatore "PROPORZIONE DI STEMI (INFARTI MIOCARDICI CON SOPRASLIVELLAMENTO DEL TRATTO ST) TRATTATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE (PTCA) ENTRO 2 GIORNI" https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro_304.pdf Procedura di Risk Adjustment: nessuna</p>
Significato dell'indicatore	La scelta della strategia di gestione del paziente infartuato deriva dalla stratificazione del rischio in base alle risorse disponibili nell'ospedale a cui giunge il paziente, con un tasso di interventi di PTCA significativamente più alto in infartuati che arrivano direttamente ad ospedali forniti di laboratorio di emodinamica. Nel caso di arrivo ad un ospedale privo di laboratorio di emodinamica interventistica, la valutazione individuale dovrà sempre inquadrare i benefici potenziali di un intervento di riperfusione meccanica in rapporto ai rischi di un ritardo nel trattamento e del trasporto al più vicino centro in cui questo intervento sia possibile, tenendo presente che è dimostrato come l'effettuazione della PTCA nelle fasi iniziali di un IMA consenta di ridurre la mortalità a breve termine.
Criterio di soddisfazione della soglia	>=80%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti
INDICATORE	Q.O.3.3	Proporzione di ictus ischemici o emorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118
SOGLIA		>=65%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Governo Clinico
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), EMUR-PS
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: n. eventi di ictus ischemici o emorragici ospedalizzati e giunti in ospedale tramite il SUEM 118</p> <p>Denominatore: n. eventi di ictus ischemici o emorragici con ricovero in ospedale e accesso in PS il giorno del ricovero o il precedente</p> <p>Indicatore: Numeratore/Denominatore*100</p> <p>Sono considerati "eventi di ictus" il verificarsi, per il medesimo paziente, di uno o più ricoveri con diagnosi principale di ictus nell'arco di 28 giorni dal ricovero indice. Nella definizione dell'evento sono stati considerati i ricoveri ordinari, ad esclusione dei ricoveri in Unità Operative di Riabilitazione e di Lungodegenza (codici disciplina '56','75','28','60'), con le seguenti diagnosi principali ICD9-CM:</p> <p>Ictus ischemico: 433.*1, 434.*1, 436</p> <p>Emorragia cerebrale: 431</p> <p>Emorragia subaracnoidea: 430</p> <p>L'informazione sulla modalità di accesso tramite SUEM 118 è derivata dalla variabile "modalità di arrivo" presente nel flusso EMURPS (codici: '01','02','03','05','07')</p>
Significato dell'indicatore	<p>Sono evidenti i vantaggi della pratica nei soggetti con ictus ischemico della trombolisi endovenosa, terapia di provata efficacia in pazienti selezionati in accordo a specifici criteri, e vi sono numerose evidenze a supporto dell'efficacia di tale trattamento nelle prime ore di insorgenza della sintomatologia, al pari delle emorragie cerebrali, da cui la necessità di ottimizzare i tempi di accesso alle strutture deputate all'effettuazione dei trattamenti trombolitici tramite il SUEM 118.</p> <p>Evidente inoltre come il trattamento trombolitico abbia un'efficacia decisamente minore qualora l'occlusione interessi un grosso vaso intracranico, e in tali casi trova indicazione l'asportazione meccanica del trombo, anch'essa tanto più efficace quanto più precocemente viene iniziata.</p>
Criterio di soddisfazione della soglia	>=65%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti
INDICATORE	Q.O.3.4	Chiusura degli accessi di PS fast track da parte dello specialista
SOGLIA		>=90%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	Creu-coordinamento terapie intensive
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	sistemi informativi aziendali
Metodo di calcolo	Numero di fast track con chiusura accesso firmato da specialista di reparto/ numero di fast track
Significato dell'indicatore	L'indicatore va a verificare la capacità dell'ospedale di gestire percorsi veloci di accesso alla consulenza specialistica secondo modalità che semplifichino l'attività di registrazione della chiusura dell'accesso e del percorso del paziente
Criterio di soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se viene inviata a obiettivi.dg@regione.veneto.it e creu.segreteria@regione.veneto.it una relazione che al 31/12 il numero di fast track con chiusura accesso firmato da specialista/numero di fast track è superiore al 90%. Se l'azienda non dispone, nei propri sistemi aziendali, della possibilità di monitorare tale informazione, viene attribuito il 50% del punteggio dell'indicatore alle aziende che dimostreranno di aver attivato entro il 31/12 la possibilità di chiusura del fast track da parte dello specialista di reparto e l'identificazione di un accesso fast track.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.4	Monitoraggio posti letto terapia intensiva
INDICATORE	Q.O.4.1	Numero di segnalazioni per miglioramento tempestività e/o accuratezza da parte coordinamento terapie intensive
SOGLIA		<5

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	Creu-coordinamento terapie intensive
Link a sistema di misurazione/scheda	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1hfNtwOAGjHFqgOfDWStEP6pKKkB353xvr9YzvCoSJY/edit?usp=sharing

FONTE DATI	File di monitoraggio posti letto Covid mail inviate da CREU e referenti aziendali
Metodo di calcolo	Vengono contate le mail di segnalazione per il miglioramento della tempestività e accuratezza inviate dal Creu e dal coordinamento terapie intensive ai referenti aziendali che compilano il file
Significato dell'indicatore	E' importante che il monitoraggio dei posti letto di terapia intensiva sia aggiornato in tempo reale al fine di poter programmare gli interventi tempestivamente, in particolar modo se si dovessero verificare ulteriori ondate pandemiche
Criterio di soddisfazione della soglia	L'indicatore è soddisfatto se il numero di mail di segnalazione è inferiore a 5 nell'anno 2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.5	Utilizzo appropriato degli emoderivati secondo le linee di indirizzo AIFA e CNS
INDICATORE	Q.O.5.1	Predisposizione report emoderivati trimestrale, secondo il format definito
SOGLIA		100%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-CRAT
Link a sistema di misurazione/scheda	scheda Q.0.5.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Si chiede alle Aziende Sanitarie l'invio del monitoraggio del consumo di IG, secondo il format predisposto, inviandolo trimestralmente, adeguatamente compilato ad Azienda Zero (crat.veneto@azero.veneto.it) e alla Regione (assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it), entro 15 giorni dalla chiusura del trimestre.
Descrizione di soddisfazione della soglia	Invio del 100% dei report previsti completi in tutte le loro parti (scheda_Q.0.5.1)
Significato dell'indicatore	Si chiede alle Aziende Sanitarie di produrre un Report trimestrale dei consumi di IG, che monitori il rispetto della riduzione percentuale fissata dal Servizio Farmaceutico Regionale, secondo un format allegato
Scadenza	15/01/2023

Q.O.5.1	Predisposizione report emoderivati trimestrale, secondo il format definito
SCHEMA	

AZIENDA/ULSS

Obiettivo Utilizzo appropriato degli Emoderivati

Punti obiettivo Indicatore **Riduzione % utilizzo emoderivati secondo indicazioni Servizio Farmaceutico Regionale**Anno Trimestre Soglia indicata vs fabbisogno N° Pazienti trattati Ig endovena utilizzate (Tot. grammi) Ig sottocute utilizzate (Tot. grammi) Reparto maggiore utilizzatore 1 grammi Diagnosi prevalente Reparto maggiore utilizzatore 2 grammi Diagnosi prevalente Reparto maggiore utilizzatore 3 grammi Diagnosi prevalente Reparto maggiore utilizzatore 4 grammi Diagnosi prevalente

Azienda ULSS	PLASMADERIVATO	FABBISOGNO Anno 2022	FABBISOGNO 2021	FABBISOGNO TRIMESTRALE
ULSS 1 DOLOMITI	Ig polivalenti (5 gr)	5.20		
	Ig polivalenti (10 gr)	0		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	220	11880	2970
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	0		
ULSS 2 MARCA TREVIGIANA	Ig polivalenti (5 gr)	22.20		
	Ig polivalenti (10 gr)	700		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	12.10	102940	25735
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	6.00		
ULSS 3 SERENISSIMA	Ig polivalenti (5 gr)	22.00		
	Ig polivalenti (10 gr)	0		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	650	69700	17425
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	410		
ULSS 4 VENETO ORIENTALE	Ig polivalenti (5 gr)	13.40		
	Ig polivalenti (10 gr)	0		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	0	14100	3525
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	60		
ULSS 5 POLESANA	Ig polivalenti (5 gr)	8.20		
	Ig polivalenti (10 gr)	0		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	360	29440	7360
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	200		
ULSS 6 EUGANEA	Ig polivalenti (5 gr)	17.20		
	Ig polivalenti (10 gr)	40		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	860	39340	9835
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	3.30		
ULSS 7 PEDEMONTANA	Ig polivalenti (5 gr)	7.40		
	Ig polivalenti (10 gr)	0		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	200	35800	8950
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	450		
ULSS 8 BERICA	Ig polivalenti (5 gr)	9.00		
	Ig polivalenti (10 gr)	0		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	820	50280	12570
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	200		
ULSS 9 SCALIGERA	Ig polivalenti (5 gr)	7.00		
	Ig polivalenti (10 gr)	300		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	810	32340	8085
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	8.40		
AZIENDA OSPEDALE UNIVERSITA' PADOVA	Ig polivalenti (5 gr)	14.20		
	Ig polivalenti (10 gr)	4.20		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	14.20	51700	12925
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	0		
AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA VERONA UNIVERSITA' PADOVA	Ig polivalenti (5 gr)	14.40		
	Ig polivalenti (10 gr)	5.00		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	0	92000	23000
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	0		
IRCSS ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO	Ig polivalenti (5 gr)	580		
	Ig polivalenti (10 gr)	30		
	Ig polivalenti (4 gr) sottocute	0	610	152,5
	Ig polivalenti (10 gr) sottocute	0		

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.5	Utilizzo appropriato degli emoderivati secondo le linee di indirizzo AIFA e CNS
INDICATORE	Q.O.5.2	N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione
SOGLIA		>=15%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-CRAT
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	Nel 2010 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rilevato la necessità di adottare il Patient Blood Management (PBM). Il Decreto Ministeriale del 2/11/2015 prevede l'implementazione sul territorio nazionale di specifici programmi con particolare riferimento alla preparazione del paziente candidato a intervento chirurgico. La comunicazione del Ministero della Salute del 19/01/2017 invita tutte le Regioni e Province Autonome ad applicare quanto disciplinato dalle Linee Guida del CNS ai fini dell'erogazione di prestazioni terapeutiche efficaci, del contenimento del fabbisogno trasfusionale, del miglioramento dell'assistenza sanitaria dei pazienti e della riduzione dei costi. Il mandato è alle Direzioni, con il coinvolgimento dei singoli reparti chirurgici e di Anestesia e Rianimazione, e il supporto tecnico-professionale dei Servizi trasfusionali. L'obiettivo finale è la riduzione dei consumi (aspetto clinico e strategico per l'autosufficienza) e la sicurezza del paziente.
Metodo di calcolo	N° di interventi chirurgici in elezione, N° di pazienti valutati per il programma di PBM.
Significato dell'indicatore	l'indicatore da evidenza dell'applicazione del PBM secondo le linee guida CNS.
Criterio di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se il N° di pazienti valutati per il programma di PBM/N° di interventi chirurgici in elezione è > 15%.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.6	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita
INDICATORE	Q.O.6.1	% di parti con almeno un evento avverso
SOGLIA		<=4%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	RV - Registro Nascite
Link a sistema di misurazione/scheda	https://cedap.intra.rve È necessario richiedere preventivamente la registrazione alla piattaforma del CEDAP

FONTE DATI	Certificati di Assistenza al Parto (Cedap) - Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
Metodo di calcolo	AOI (ADVERSE OUTCOME INDEX)=parti con almeno un evento avverso/totale parti*100
Significato dell'indicatore	Valutazione complessiva degli esiti di salute nella madre e nel nato delle procedure legate al parto
Criterio di soddisfazione della soglia	4% è il valore soglia. Devono diminuire del 10% i sopra soglia. Se i sopra soglia superano il 90° centile della distribuzione (pari a 6,5) allora devono diminuire del 15%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.7	Sviluppo dei sistemi informativi per la rete oncologica e ematologica veneta
INDICATORE	Q.O.7.1	Configurazione e validazione dei protocolli oncologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete oncologica veneta
SOGLIA		100%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di	Verrà verificato da Azienda Zero l'effettivo caricamento dei protocolli nel sistema regionale
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se a seguito della verifica di Azienda Zero risulteranno essere caricati i protocolli validati nel sistema definito da Azienda Zero. Il processo prevede le seguenti fasi: - validazione dei protocolli da parte di IOV entro il 1/09/2022 - validazione dei protocolli da parte di ROV entro il 15/09/2022 - definizione del tracciato di caricamento dei protocolli nel sistema regionale da parte di Azienda Zero entro il 15/08/2022 - disposizione da parte di IOV del contenuto dei protocolli secondo il tracciato definito e caricamento dei protocolli validati da ROV entro il 15/09/2022
Significato dell'indicatore	L'indicatore ha l'obiettivo di incentivare il proseguo del progetto di unificazione a livello regionale del sistema acquisito a seguito della 'Gara d'appalto telematica a mezzo procedura aperta per l'affidamento, per la durata di cinque anni, con facoltà di rinnovo di tre anni, del servizio di acquisizione ed uso del sistema informativo a supporto della Rete Oncologica Veneta (ROV)' anche in un'ottica di integrazione con il progetto SIO.
Scadenza	15/09/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	Q.O.7	Sviluppo dei sistemi informativi per la rete oncologica e ematologica veneta
INDICATORE	Q.O.7.2	Configurazione e validazione dei protocolli ematologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete ematologica veneta
SOGLIA		100,00%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Verrà verificato da Azienda Zero l'effettivo caricamento dei protocolli nel sistema regionale
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se a seguito della verifica di Azienda Zero risulteranno essere caricati i protocolli validati nel sistema definito da Azienda Zero. Il processo prevede le seguenti fasi: - condivisione dei protocolli con le aziende sanitarie e validazione da parte della Rev entro il 15/09/2022 - definizione del tracciato di caricamento dei protocolli nel sistema regionale da parte di Azienda Zero entro il 15/08/2022 - disposizione da parte delle aziende del contenuto dei protocolli secondo il tracciato definito e caricamento dei protocolli validati entro il 15/09/2022
Significato dell'indicatore	L'indicatore ha l'obiettivo di incentivare il proseguo del progetto di unificazione a livello regionale del sistema acquisito a seguito della 'Gara d'appalto telematica a mezzo procedura aperta per l'affidamento, per la durata di cinque anni, con facoltà di rinnovo di tre anni, del servizio di acquisizione ed uso del sistema informativo a supporto della Rete Oncologica Veneta (ROV)' anche in un'ottica di integrazione con il progetto SIO.
Scadenza	15.09.2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	Q.P.1	Attivazione processi intersettoriali a sostegno del Piano regionale Prevenzione
INDICATORE	Q.P.1.1	Costituzione e attivazione dei 6 tavoli intersettoriali aziendali previsti nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021 -
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda Q.P.1.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Delibera/e Aziendali di costituzione dei Tavoli intersettoriali in accordo con le indicazioni contenute nel Piano Prevenzione Regionale 2020-2025
Descrizione di soddisfazione della soglia	Costituzione di tutti i 6 Tavoli previsti nella scheda_Q.P.1.1
Significato dell'indicatore	Il Piano Regionale Prevenzione 2020-2025, in attuazione del Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, definisce strategica l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato. La costituzione dei Tavoli intersettoriali è pertanto propedeutica allo sviluppo delle azioni del Piano, declinate a livello locale nei Piani di Prevenzioni Aziendali, ed è legata al raggiungimento degli indicatori necessari per la certificazione del Piano Regionale Prevenzione da parte del Ministero della Salute.
Scadenza	31-12-2022

Q.P.1.1	Costituzione e attivazione dei 6 tavoli intersettoriali aziendali previsti nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021
SCHEDA	

Tavoli intersettoriali a sostegno delle Azioni del Piano Prevenzione Regionale e dei Piani di Prevenzione Aziendali

CODICE AZIONE (DGR 1858 del 29/12/20021 - Allegato B)	DESCRIZIONE ATTIVITA'	INDICATORE	FORMULA	STANDARD
PP01_S03	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale sulla salute in tutte le politiche provinciale/locale (enti comunali, associazioni volontariato, associazioni sportive, PLS, ...)	Istituzione tavolo di coordinamento	Si/No	Delibera aziendale di costituzione del tavolo nel 2022
PP02_S.02_E	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale intersettoriale a supporto della rete dei Comuni Attivi	Istituzione tavolo di coordinamento	Si/No	Delibera aziendale di costituzione del tavolo nel 2022
PP04_I.01_E	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale per il sistema veneto dipendenze	Istituzione tavolo di coordinamento	Si/No	Delibera aziendale di costituzione del tavolo nel 2022
PP05_I.01	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale sulla sicurezza negli ambienti di vita (con atto ufficiale)	Istituzione tavolo di coordinamento	Si/No	Delibera aziendale di costituzione del tavolo nel 2022
PL11_I.01	Avvio e gestione di un tavolo di coordinamento aziendale per la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione delle MCNT	Istituzione tavolo di coordinamento	Si/No	Delibera aziendale di costituzione del tavolo nel 2022
PL12_I.01	Formalizzazione del Coordinatore aziendale della Rete unica aziendale per la presa in carico dei primi 1000 giorni del bambino e della sua famiglia e dei suoi membri	Istituzione tavolo di coordinamento	Si/No	Delibera aziendale di costituzione del tavolo nel 2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	Q.P.2	Monitoraggio campagna vaccinazioni Covid
INDICATORE	Q.P.2.1	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione come da indicazioni ministeriali
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	https://report.websanita.intra.rve/qlikview/FormLogin.htm

FONTE DATI	Anagrafe Vaccinale Unica Regionale AUR L'Anagrafe Vaccinale Unica Regionale consente il monitoraggio in tempo reale dell'andamento della campagna vaccinale anti COVID, per età anagrafica e e stato vaccinale. L'Anagrafe (SIAVr) è l'unica fonte per il calcolo delle coperture.
Metodo di calcolo	$[N^{\circ} \text{vaccinati nelle coorti} / (N^{\circ} \text{nati delle coorti} - N^{\circ} \text{soggetti non vaccinabili})] * 100$
Significato dell'indicatore	Adesione alle indicazioni del piano strategico nazionale per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2
Criterio di soddisfazione della soglia	Indicatore in attesa di specifiche da parte del Ministero della Salute per le indicazioni della prossima campagna vaccinale anti COVID

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	Q.P.3	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target
INDICATORE	Q.P.3.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)
SOGLIA		si (come da vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	Scheda Q.P.3.1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Nessuno. Coperture vaccinali ottenute dall'Anagrafe Vaccinale Regionale (SIAVr)
Descrizione di soddisfazione della soglia	Almeno 5 punti su 6 disponibili, come da Scheda_Q.P.3.1
Significato dell'indicatore	Copertura relativa all'offerta vaccinale proposta alla popolazione anziana
Scadenza	

Q.P.3.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza,
SCHEDA	

Copertura vaccinale su soggetti residenti per coorte dei 65enni nell'anno di rilevazione

Per l'antinfluenzale si considera per il denominatore la popolazione ISTAT, mentre per le restanti due vaccinazioni i residenti in Anagrafe Vaccinale Reg

Indicatore composito dato dalla somma dei punteggi ottenuti

Soglia indicatore composito: l'obiettivo è considerato raggiunto se si ottiene punteggio di almeno 5 punti su 6 disponibili

Vaccinazione	Soglie	Punteggio
Vaccinazione antinfluenzale	<40%	0
Vaccinazione antinfluenzale	>=40% e <=59,9%	1
Vaccinazione antinfluenzale	>=60%	2
Vaccinazione antipneumococcica	<40%	0
Vaccinazione antipneumococcica	>=40% e <=54,9%	1
Vaccinazione antipneumococcica	>=55%	2
Vaccinazione anti-Herpes Zoster	<40%	0
Vaccinazione anti-Herpes Zoster	>=40% e <=49,9%	1
Vaccinazione anti-Herpes Zoster	>=50%	2

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	Q.P.3	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target
INDICATORE	Q.P.3.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo completo sui tredicenni dell'anno di rilevazione)
SOGLIA		>=80%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	

FONTE DATI	Anagrafe Vaccinale Regionale (SIAVr)
Metodo di calcolo	$[(\text{Numero di vaccinati HPV per ciclo completo nella coorte}) / (\text{Numero di residenti della coorte} - \text{Soggetti non vaccinabili})] * 100$
Significato dell'indicatore	Copertura consolidata per residenti (maschi e femmine) sulla coorte di chiamata dell'anno precedente
Criterio di soddisfazione della soglia	Copertura con valore >=80%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	Q.P.4	Aumentare la sicurezza sul lavoro in accordo con le Parti Sociali
INDICATORE	Q.P.4.1	Sottoscrizione di accordi con le Parti Sociali per l'avvio di almeno 3 piani mirati di prevenzione nei settori produttivi a rischio
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documenti comprovanti l'avvenuta sottoscrizione degli accordi con le Parti Sociali nell'ambito del Comitato Provinciale di Coordinamento per almeno 3 Piani Mirati di Prevenzione che l'Azienda ULSS intende sviluppare nei settori a rischio, in sinergia con le indicazioni regionali.
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'obiettivo di intende pienamente raggiunto in presenza di documenti comprovanti la sottoscrizione di accordi con le Parti Sociali per lo sviluppo e l'attuazione di almeno 3 Piani Mirati di Prevenzione. I settori nei quali sviluppare tali PMP dovranno essere in sinergia con quanto indicato e condiviso a livello regionale (settore del legno, della metalmeccanica e della logistica).
Significato dell'indicatore	Nel rispetto degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e del relativo Piano Regionale della Prevenzione, i Piani Mirati di Prevenzione (PMP) rappresentano un nuovo modello di intervento attivo, in grado di coniugare vigilanza e assistenza, aumentando così l'efficienza dell'azione pubblica e il livello di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. E' fondamentale, al fine di una programmazione coordinata degli interventi e di uniformità degli stessi, che la progettazione dei PMP derivi dal confronto a livello di Comitati di Coordinamento provinciali, istituiti ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs 81/2008. Pertanto si richiede alle Aziende ULSS di individuare - a livello di tali Comitati Provinciali - i settori produttivi nei quali sviluppare almeno 3 PMP, tenendo conto degli indirizzi regionali, con particolare attenzione alle piccole-medio imprese e alle specifiche realtà locali.
Scadenza	31/01/2023 (termine per l'invio dei documenti comprovanti l'avvenuta sottoscrizione degli accordi con le Parti Sociali)

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	Q.P.5	Garantire la biosicurezza degli allevamenti
INDICATORE	Q.P.5.1	Registrazione delle check list per la verifica della biosicurezza degli allevamenti
SOGLIA		100%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	CLASSyFARMA

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	nessuno
Descrizione di soddisfazione della soglia	100% delle schede di biosicurezza
Significato dell'indicatore	Nel corso del 1° anno di applicazione del Piano, i Servizi Veterinari delle Aziende Ulss dovranno effettuare le verifiche dei livelli di biosicurezza, previste dal Piano di Sorveglianza Nazionale sulla Peste Suina Africana. E' necessario inserire tutte le schede di biosicurezza di tutte le verifiche previste dal piano di controllo.
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.1	Indagini di qualità del clima interno
INDICATORE	Q.S.1.1	Avvio indagine Clima Interno
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE RISORSE UMANE DEL SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Il tasso di adesione all'indagine verrà verificata direttamente da Azienda Zero nel sistema informativo dedicato dell'indagine di clima
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se al 31/12/2022 il tasso di adesione all'indagine del clima è superiore al valore aziendale dell'indagine precedente che sarà messo a disposizione nel google drive https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1NuAs2fEka9L4iHLdwZHoyYILyQW0MJu . In caso di non conclusione dell'indagine verranno valutate le attività preliminari concluse: 1-Individuare i referenti aziendali del progetto 2-Implementazione dei requisiti tecnici: evidenza di almeno una prova di invio dei dati. 3- avvio campagna informativa, comunicazione a tutto il personale coinvolto
Significato dell'indicatore	L'indagine costituisce un importante strumento per promuovere il dialogo al fine di migliorare i processi e indirizzare le politiche verso il Personale; la misurazione del tasso di adesione permette di valutare la partecipazione e quindi la riuscita dell'indagine stessa.
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.2	Accelerazione del processo di alienazione dei beni del patrimonio disponibile
INDICATORE	Q.S.2.1	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2022-2024 per l'annualità 2022
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Programmazione risorse strumentali SSR
Link a sistema di misurazione/scheda	file excel con cronoprogramma 2022-2024 predisposto dalla UO e compilato dalle aziende con evidenza annualità 2022

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Nota di richiesta autorizzazione alla alienazione a firma del DG, allegando perizia di stima, planimetria, visura catastale, indicazione del titolo di proprietà
Descrizione di soddisfazione della soglia	Invio all'Area Sanità e Sociale del 100% delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni disponibili individuati nel cronoprogramma 2022-2024, relativi all'annualità 2022, motivando eventuali scostamenti
Significato dell'indicatore	Avviare entro il 2022 la gestione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni disponibili individuati dalle aziende per l'anno 2022
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.3	Risposta ai rilievi del Collegio Sindacale
INDICATORE	Q.S.3.1	Azzeramento dei rilievi aperti e non superati nei verbali del Collegio Sindacale relativi alle proroghe contrattuali
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	AZO-UOC INTERNAL AUDIT E CONTROLLI DELLE AZIENDE SSR
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	L'Azienda deve inviare a internal.audit@azero.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto entro i termini stabiliti, il report riassuntivo rappresentativo della situazione dei rilievi presenti e contestualmente fornendo le soluzioni adottate o in corso di adozione in relazione ai rischi connessi.
Descrizione di soddisfazione della soglia	Azzeramento dei rilievi aperti e non superati in merito alle proroghe contrattuali.
Significato dell'indicatore	Superamento del mancato rispetto di disposizioni contrattuali.
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.4	Sviluppo rete radioterapia
INDICATORE	Q.S.4.1	Aggiudicazione appalto integrato Bunker di radioterapia di Castelfranco Veneto
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Deliberazione di aggiudicazione
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta se la Deliberazione di aggiudicazione viene trasmessa alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 31/12/2022
Significato dell'indicatore	Avanzamento dello sviluppo della rete di radioterapia
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.1	Potenziamento della raccolta dati di farmacovigilanza
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA, Centro Regionale di Farmacovigilanza del Veneto
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-adempimenti-lea-e-prerequisiti https://www.regione.veneto.it/web/sanita/farmacovigilanza1

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Inviare relazione su eventi formativi (FAD, seminario, workshop, corso frontale..) in materia di farmacovigilanza effettuati nel 2022 entro il 31.01.2023 all'indirizzo e-mail hta@azero.veneto.it
Descrizione di soddisfazione della soglia	Le aziende sanitarie risultano adempienti se soddisfano entrambi gli indicatori: 1) Raggiungimento di un numero di segnalazioni ADR minimo nel 2022 Per le ULSS risultano adempienti se: - segnalazioni per milione di abitanti (farmaci e vaccini) ≥ 500 - segnalazioni per milione di abitanti (farmaci) ≥ 300 Per le AO e IOV: - segnalazioni $\geq 0,005$ dei ricoveri 2) Per tutte le aziende, effettuare almeno un evento (FAD, seminario, workshop, corso frontale..) in materia di farmacovigilanza nell'anno 2022 e inviare apposita relazione all'indirizzo hta@azero.veneto.it entro il 31.01.2023.
Significato dell'indicatore	Per le Aziende ULSS, l'indicatore sarà calcolato come tasso di segnalazioni ADR per farmaci e vaccini standardizzato per milione di abitanti. Al numeratore sarà riportato il numero di segnalazioni ADR per l'anno in corso e al denominatore la popolazione residente per singola Azienda ULSS al 31.12 dell'anno precedente. Per le Aziende Ospedaliere e IOV, l'indicatore sarà calcolato come numero di segnalazioni ADR per farmaci e vaccini per numero di ricoveri (rilevati dal flusso SDO). L'indicatore sarà calcolato partendo dal numero di dimessi 2021 e moltiplicandolo per il fattore 0,005 (ottenuto assumendo come da letteratura che il 10% dei ricoverati ha una reazione avversa e che almeno il 5% va segnalato).
Scadenza	Inviare relazione su eventi formativi (FAD, seminario, workshop, corso frontale..) in materia di farmacovigilanza effettuati nel 2022 entro il 31.01.2023 all'indirizzo e-mail hta@azero.veneto.it

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.2	Potenziamento della raccolta dati su dispositivo vigilanza
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-adempimenti-lea-e-prerequisiti

FONTE DATI	Piattaforma regionale di dispositivo vigilanza
Metodo di calcolo	Indicatore AULSS: Numero di segnalazioni per milione di abitanti ≥ 70 Indicatore Aziende Ospedaliere/IOV: Numero di segnalazioni per 100.000 giornate di degenza ≥ 15
Significato dell'indicatore	Nel 2021 le segnalazioni totali per 1.000.000 di abitanti da parte dei fabbricanti (da report vigilanza nazionale) sono state 89. Considerato il basso livello di segnalazione della maggior parte delle ULSS, si considera soddisfacente il raggiungimento di almeno 70 segnalazioni per milione di abitanti. Si conferma la soglia minima richiesta per le aziende ospedaliere e IOV.
Criterio di soddisfazione della soglia	Raggiungere il numero di segnalazioni minimo previsto per l'anno 2022.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.3	% di pazienti avviati al trattamento con farmaci soggetti a PT
SOGLIA		>5% (pt 2021)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	L'azienda deve produrre una relazione da inviare a hta@azero.veneto.it entro il 31.01.2023 che attesti la verifica di almeno il 5% dei Piani Terapeutici (PT) cartacei e che descriva gli interventi attivati finalizzati a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e il controllo sulle prescrizioni di farmaci con PT.
Descrizione di soddisfazione della soglia	Audit di almeno il 5% dei PT cartacei avviati nel 2021
Significato dell'indicatore	L'indicatore permette di misurare le attività di verifica del rispetto delle regole di prescrittibilità ed appropriatezza dei farmaci soggetti a PT, messe in atto da parte delle aziende alla luce delle disposizioni regionali
Scadenza	L'azienda è adempiente se la relazione è considerata esaustiva (audit di almeno il 5% dei PT cartacei e azioni attivate per migliorare l'appropriatezza prescrittiva) e inviata nei tempi ad Azienda Zero.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.4	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
SOGLIA		< al valore medio tra le tre migliori performances aziendali anno 2021

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://www.regione.veneto.it/web/sanita/report-adempimenti-lea-e-prerequisiti

FONTE DATI	Flusso farmaci (convenzionata e distribuzione diretta)
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà l'analisi del consumo degli antibiotici sistemici in ambito territoriale valutati come farmaci sentinella /traccianti per 1000 abitanti (DDD/1000 ab die) e si utilizza la popolazione pesata per sesso ed età.
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo. L'Italia infatti è il paese europeo a maggior consumo di antibiotici, dopo la Francia, con particolare riferimento alle donne e agli anziani. Tale indicatore può essere considerato una proxy della appropriatezza di consumo farmaceutico.
Criterio di soddisfazione della soglia	L'azienda è adempiente se il valore dell'indicatore è inferiore al valore medio (7,86) delle tre migliori performances aziendali della regione anno 2021.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.5	Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 5% in ambito ospedaliero rispetto al 2016
SOGLIA		> 5% rispetto al 2016

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	Flusso farmaci (FAROSP, SDO)
Metodo di calcolo	Riduzione > 5% del consumo (DDD/100 giornate di degenza) di antibiotici sistemici in regime di ricovero rispetto al 2016
Significato dell'indicatore	L'indicatore permette di monitorare la riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ospedale. L'indicatore è già misurato nel PNCAR 2016-2021, ed è stato riproposto anche nel 2022, nelle more dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di contrasto dell'antibiotico Resistenza 2022-2025 (SePNCAR)
Criterio di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se il consumo degli antibiotici per uso sistemico in regime di ricovero si riduce di almeno il 5% rispetto al consumo rilevato nel 2016

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.6	Pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento
SOGLIA		>80%

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA, SER, UOC Screening e VIS
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTI DATI	Anagrafe, Flusso SPS, software regionale screening (quando disponibile), Registri AIFA, Flusso FAROSP, Flusso DDF3, rilevazione con le aziende sanitarie.
Metodo di calcolo	n. di pazienti con indicazione alla terapia che sono stati avviati al trattamento con DAAs /n. di soggetti sottoposti a screening HCV nati tra il 1969 e il 1989 con infezione confermata da HCV \geq 80%, nel periodo 16.5.2022- 31.12.2022
Significato dell'indicatore	L'indicatore di performance della campagna di Screening HCV (art.25-sexies, DL n.162/2019, convertito con L. 8/2020), permette di valutare il percorso di presa in carico dei soggetti HCV positivi e successivo avvio alla terapia più appropriata, attivato da ciascuna Azienda sanitaria coinvolta nello screening.
Criterio di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta se almeno l'80% dei pazienti della coorte 89-69 con conferma di infezione HCV, candidabili alla terapia secondo i criteri del Registro AIFA, sono stati avviati al trattamento nel periodo di riferimento

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici
INDICATORE	Q.S.5.7	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://ricercaclinica-veneto.cineca.it/cas5Authn/login.php

FONTE DATI	piattaforma CRMS
Metodo di calcolo	<p>Indicatore 1 - L'indicatore verrà calcolato come media in giorni lavorativi tra la data di parere favorevole del CESC e firma del contratto per studi interventistici con farmaco o dispositivo medico come risultante da reportistica automatizzata. Soglia: <30 giorni lavorativi L'obiettivo si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno della soglia assegnata o se migliora di almeno il 20% rispetto all'anno precedente.</p> <p>Indicatore 2 - Aggiornamento al 2022 della sezione di monitoraggio per studi clinici interventistici con farmaco o DM approvate nell'anno 2020 e 2021 e compilazione della scheda "fine dello studio nel centro" per sperimentazioni chiuse nel 2022.</p>
Significato dell'indicatore	Miglioramento tempistica finalizzazione contratti e monitoraggio pazienti arruolati nelle sperimentazioni
Criterio di soddisfazione della soglia	L'obiettivo si ritiene soddisfatto dopo aver valutato entrambi gli indicatori (ind. 1 = il valore rilevato rimane all'interno della soglia assegnata o migliora di almeno il 20% rispetto all'anno precedente" ; ind. 2 = aggiornamento al 2022 di almeno una scheda della sezione monitoraggio di almeno l'80% delle sperimentazioni con farmaco o DM approvate nell'anno 2020 e 2021 e compilazione scheda "fine dello studio nel centro" per sperimentazioni chiuse nel 2022)

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.6	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto
INDICATORE	Q.S.6.1	Realizzazione della biobanca presso lo IOV-IRCCS con presa in carico CRIBT da ULSS 3, in attuazione alla DGR n. 190 del 28.2.2022
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Convenzione stipulata tra IOV/ULSS3 sottoscritta da entrambe le parti con firma digitale, che descriva la modalità di gestione concordata tra le parti per la realizzazione della Biobanca entro il 31/12/22.
Descrizione di soddisfazione della soglia	Trasmissione documentazione richiesta e completezza della stessa.
Significato dell'indicatore	Verifica stipulazione di una convenzione che regolamenti la corretta gestione della Biobanca.
Scadenza	Entro il 31.12.2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.6	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto
INDICATORE	Q.S.6.2	Aumento del numero di pazienti in sperimentazione clinica
SOGLIA		> del valore 2021

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-HTA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Per gli anni 2021 e 2022 l'IRCCS deve produrre una relazione con l'indicazione del numero di pazienti arruolati, suddiviso per sperimentazioni con farmaco o DM profit /no profit.
Descrizione di soddisfazione della soglia	Il numero di pazienti arruolati nel 2022 deve essere maggiore rispetto all'anno 2021.
Significato dell'indicatore	Aumento pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche, in ambito oncologico e oncoematologico.
Scadenza	L'obiettivo si ritiene soddisfatto se il numero di pazienti 2022 è > al numero pazienti 2021 (dato riportato da IRCCS IOV nelle due relazioni da inviare nei tempi). La relazione 2021 dovrà essere inviata entro 30/09/2022 all'indirizzo hta@azero.veneto.it. La relazione 2022 dovrà essere inviata entro il 31/01/2023 all'indirizzo hta@azero.veneto.it.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	Q.S.7	Valorizzazione del ruolo di HUB dell'Istituto Oncologico Veneto
INDICATORE	Q.S.7.1	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 614/2019) e contestuale aumento di attività di telemedicina
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura di responsabile della misurazione	U. O. Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Invio a programmazione sanitaria@regione.veneto.it , assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it e obiettivi.dg@regione.veneto.it entro il 30/11/2022 della Delibera di recepimento del progetto di collaborazione IOV/Strutture Ospedaliere interessate per l'attività ambulatoriale di oncologia
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene completamente raggiunto se, oltre all'invio della delibera, vengono inoltre definiti gli aspetti riguardanti i protocolli di collaborazione, la previsione di pazienti coinvolti, l'attivazione di modalità di teleconsulto, gli orari di apertura di attività e la definizione di indicatori di misurazione.
Significato dell'indicatore	Attuazione di quanto previsto dalla DGR 614/2019
Scadenza	30/11/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA
OBIETTIVO	Q.T.1	Sviluppo offerta area anziani
INDICATORE	Q.T.1.1	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti
SOGLIA		>41

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTI DATI	Flusso informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR) DM 17 dicembre 2008. ISTAT - popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento.
Metodo di calcolo	Dalla scheda di compilazione ministeriale: Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) Denominatori: popolazione residente di età >75 aa Fattore di scala: x 1000 ab. Criteri di inclusione ed esclusione: come da Scheda Indicatore D33Z in NSG (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5238_2_file.pdf) Nel caso in cui un paziente sia preso in carico più volte nel corso dell'anno, si considera il trattamento di livello di intensità più elevato.
Significato dell'indicatore	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale. A livello ministeriale tanto le prestazioni quanto i nuclei erogatori delle prestazioni per NA sono stati definiti in modo da poter essere coerentemente individuate nell'ottica proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 di Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza. Per una corretta definizione delle prestazioni è stata definita una classificazione su "codici di attività" utilizzabile sia come classificazione delle prestazioni che come elemento di individuazione dei "nuclei erogativi" in base alle loro caratteristiche tecnico-organizzative. I "codici di attività" rilevanti per l'obiettivo sono tra quelli individuati e fanno riferimento R1 R2 R3. Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di "cure intensive o estensive" ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad "assistenza e terapie di mantenimento", classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.
Criterio di soddisfazione della soglia	Indicatore >= 41 per 1.000: punteggio pieno 41 per 1.000 < Indicatore <=24,6 per 1.000: punteggio parziale

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA
OBIETTIVO	Q.T.2	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)
INDICATORE	Q.T.2.1	Partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer (Legge n. 178 del 30.12.2020, articolo 1 comma 330)
SOGLIA		100%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Evidenza della partecipazione come rilevata dalla referente del Coordinamento regionale
Descrizione di soddisfazione della soglia	Partecipazione ad almeno il 60% degli incontri organizzati
Significato dell'indicatore	Partecipazione agli incontri periodici di Coordinamento Regionale con i Referenti Aziendali dei CDCD per l'allineamento delle azioni da mettere in campo nell'ambito del Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer (Legge n. 178 del 30.12.2020, articolo 1)
Scadenza	30/11/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA
OBIETTIVO	Q.T.2	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)
INDICATORE	Q.T.2.2	Delibera di adozione del Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e della presa in carico del paziente Alzheimer
SOGLIA		Si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SER
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Atto formale di recepimento da parte della Direzione Generale del Report comprensivo del piano di miglioramento (triennale) che includa orari di apertura degli ambulatori CDCD, risorse umane, servizi offerti e accessibilità.
Descrizione di soddisfazione della soglia	Adozione dell'atto con Delibera del Direttore generale entro il 15/12/2022 con trasmissione a servizi.sociali@regione.veneto.it entro il 31/12/2022
Significato dell'indicatore	Il Report deve intendersi quale risultato dell'Audit tra la Direzione Generale (in collaborazione con le Direzioni Sanitaria e dei Servizi Socio-sanitari) e il Referente Aziendale del CDCD per l'analisi delle criticità degli ambulatori, comprensivo di un piano di miglioramento (triennale).
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA
OBIETTIVO	Q.T.3	Consolidamento del flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità
INDICATORE	Q.T.3.1	FAD: % prese in carico con errore bloccante (misurazione nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio)
SOGLIA		<5%

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Struttura di responsabile della misurazione	az0 - UOC Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://gefi.websanita.intra.rve

FONTE DATI	rilevazione disponibile a portale caricamento flussi
Metodo di calcolo	NUMERATORE: N. record (prese in carico) con errori DENOMINATORE: Totale record inviati
Significato dell'indicatore	alimentare un processo continuo di miglioramento della qualità del dato per il flusso della disabilità
Criterio di soddisfazione della soglia	prese in carico con errore bloccante < 5% nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio.

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA
OBIETTIVO	Q.T.4	Implementazione dell'Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) - DGR 1215/21
INDICATORE	Q.T.4.1	Rispetto delle linee di indirizzo per la costituzione delle equipe delle UFDA e misurazione degli indicatori di monitoraggio
SOGLIA		si (come da vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Invio a obiettivi.dg@regione.veneto.it e servizi.sociali@regione.veneto.it di una relazione sull'attivazione dell'UFDA sotto il coordinamento del Direttore Socio-sanitario
Descrizione di soddisfazione della soglia	Relazione che contenga i seguenti elementi: sedi identificate e personale attivato per categoria professionale in tpe (attivazione contratti). attivazione UVMD-A specifica attivazione delle équipe multidisciplinari attivazione del tavolo provinciale con l'Ufficio Scolastico Territoriale attivazione di rapporti di collaborazione e protocolli con l'ospedale
Significato dell'indicatore	verificare l'impatto di quanto disposto dalla DGR 1215 del 07.09.2021
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
AMBITO LEA		T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA
OBIETTIVO	Q.T.5	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico
INDICATORE	Q.T.5.1	Gioco d'azzardo patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA
SOGLIA		si (come da vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI
Struttura di responsabile della misurazione	U.O. Dipendenze, Terzo settore, Nuove Marginalità e inclusione sociale
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Relazione conclusiva dei Piani locali Aziendali (GAP) da inviare ai seguenti indirizzi di posta: a obiettivi.dg@regione.veneto.it e a servizi.sociali@regione.veneto.it entro 31 gennaio 2023
Descrizione di soddisfazione della soglia	% indicatori Rispettati: -Monitoraggio Flusso pazienti GAP; -Formazione personale in materia GAP; -Rendicontazione delle attività e della Spesa da Fondo GAP Indistinto; -Rendicontazione delle attività e della Spesa da Fondo Finalizzato GAP
Significato dell'indicatore	Attuazione da parte delle Aziende ULSS del Piano locale Gioco d'azzardo Patologico su indicazione Regionale (DGR 749 del 28/5/2018).
Scadenza	31 gennaio 2023

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.1	Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA'
INDICATORE	S.D.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Case della Comunità
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti procedurali, fisici, finanziari e di risultato previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGiS"; documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile
Descrizione di soddisfazione della soglia	Presentazione della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del PNRR, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente: peso 70% Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile in formato editabile Excel: peso 30%
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo
Scadenza	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGiS": aggiornamento con cadenza prevista nel contratto istituzionale di sviluppo a partire dalla messa a disposizione della piattaforma Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato: almeno mensile a partire dal 01/09/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.1	Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA'
INDICATORE	S.D.1.2_PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Case della Comunità
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documento Excel ricavato dall'Allegato 4 del Piano Operativo Regionale condiviso dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva. Il documento dovrà essere inviato agli indirizzi: ediliziaospedaliera@regione.veneto.it obiettivi.dg@regione.veneto.it
Descrizione di soddisfazione della soglia	Documento compilato in ogni campo (nome attività, durata, data inizio, data fine, strumento/atto) e trasmesso anche in formato editabile Excel alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva che rispetti milestone e target previsti dal contratto istituzionale di sviluppo
Significato dell'indicatore	Il documento riporta, per ogni intervento della M6 C1 1.1. del PNRR, la pianificazione delle attività utile a garantire il raggiungimento delle milestone/target europee e ministeriali
Scadenza	31/07/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.1	Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA'
INDICATORE	S.D.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - Case
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Per ogni Casa della Comunità: - Progetto definitivo approvato a livello aziendale in caso di ricorso ad appalto di soli lavori; - Progetto idoneo per indizione della gara approvato a livello aziendale in caso di ricorso ad appalto integrato o super integrato; - Deliberazione di indizione della gara in caso di mancata adesione alla procedura centralizzata promossa da Azienda Zero
Descrizione di soddisfazione della soglia	A) trasmissione del progetto definitivo approvato a livello aziendale alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 15/10/2022 in caso di ricorso ad appalto di soli lavori: 20% B) trasmissione del progetto idoneo per indizione della gara approvato a livello aziendale alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 31/10/2022 in caso di ricorso ad appalto integrato (su progetto definitivo) o super integrato (su progetto di fattibilità tecnico-economica): 75% C) assegnazione dei codici CIG e indizione gara entro il 31/12/2022 in caso di mancata adesione alla procedura centralizzata promossa da Azienda Zero: 5% Al non verificarsi della condizione A il sotto-indicatore B assume il 95% del peso totale; Al non verificarsi delle condizioni A e C, il sotto-indicatore B assume il 100% del peso totale. Il punteggio risultante sarà dato dalla somma dei punteggi ottenuti dai singoli interventi
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C1 1.1 e il rispetto di milestone e target europee e ministeriali
Scadenza	A) 15/10/2022 Progetto Definitivo B) 31/10/2022 Progetto di Fattibilità tecnico-economica o progetto definitivo o progetto esecutivo C) 31/12/2022 Deliberazione di indizione gara

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.2	Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT
INDICATORE	S.D.2.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - COT
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti procedurali, fisici, finanziari e di risultato previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGiS"; documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile
Descrizione di soddisfazione della soglia	Presentazione della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del PNRR, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente: peso 70% Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile in formato editabile Excel: peso 30%
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo
Scadenza	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGiS": aggiornamento con cadenza prevista nel contratto istituzionale di sviluppo a partire dalla messa a disposizione della piattaforma Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato: almeno mensile a partire dal 01/09/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.2	Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT
INDICATORE	S.D.2.2_PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - COT
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documento Excel ricavato dall'Allegato 4 del Piano Operativo Regionale condiviso dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva. Il documento dovrà essere inviato agli indirizzi: ediliziaospedaliera@regione.veneto.it obiettivi.dg@regione.veneto.it
Descrizione di soddisfazione della soglia	Documento compilato in ogni campo (nome attività, durata, data inizio, data fine, strumento/atto) e trasmesso anche in formato editabile Excel alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva che rispetti milestone e target previsti dal contratto istituzionale di sviluppo
Significato dell'indicatore	Il documento riporta, per ogni intervento della M6 C1 1.2.2 del PNRR, la pianificazione delle attività utile a garantire il raggiungimento delle milestone/target europee e ministeriali
Scadenza	31/07/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.2	Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT
INDICATORE	S.D.2.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - COT
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Per ogni Centrale Operativa Territoriale: - Progetto definitivo approvato a livello aziendale in caso di ricorso ad appalto di soli lavori; - Progetto idoneo per indizione della gara approvato a livello aziendale in caso di ricorso ad appalto integrato o super integrato; - Deliberazione di indizione della gara in caso di mancata adesione alla procedura centralizzata promossa da Azienda Zero
Descrizione di soddisfazione della soglia	A) trasmissione del progetto definitivo approvato a livello aziendale alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 31/08/2022 in caso di ricorso ad appalto di soli lavori B) trasmissione del progetto idoneo per indizione della gara approvato a livello aziendale alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 30/09/2022 in caso di ricorso ad appalto integrato (su progetto definitivo) o super integrato (su progetto di fattibilità tecnico-economica) C) assegnazione dei codici CIG e indizione gara entro il 15/12/2022 in caso di mancata adesione alla procedura centralizzata promossa da Azienda Zero Il punteggio L'obiettivo si intende raggiunto se tali scadenze vengono rispettate per ogni intervento
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C1 1.2.2 e il rispetto di milestone e target europee e ministeriali
Scadenza	A) 31/08/2022 Progetto Definitivo B) 30/09/2022 Progetto di Fattibilità tecnico-economica o progetto definitivo o progetto esecutivo C) 15/12/2022 Deliberazione di indizione gara

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.3	Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità
INDICATORE	S.D.3.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Ospedali di Comunità
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti procedurali, fisici, finanziari e di risultato previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGIS"; documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile
Descrizione di soddisfazione della soglia	Presentazione della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del PNRR, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente: peso 70% Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile in formato editabile Excel: peso 30%
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo
Scadenza	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGIS": aggiornamento con cadenza prevista nel contratto istituzionale di sviluppo a partire dalla messa a disposizione della piattaforma Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato: almeno mensile a partire dal 01/09/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.3	Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità
INDICATORE	S.D.3.2_PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Ospedali di Comunità
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documento Excel ricavato dall'Allegato 4 del Piano Operativo Regionale condiviso dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva. Il documento dovrà essere inviato agli indirizzi: ediliziaospedaliera@regione.veneto.it obiettivi.dg@regione.veneto.it
Descrizione di soddisfazione della soglia	Documento compilato in ogni campo (nome attività, durata, data inizio, data fine, strumento/atto) e trasmesso anche in formato editabile Excel alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva che rispetti milestone e target previsti dal contratto istituzionale di sviluppo
Significato dell'indicatore	Il documento riporta, per ogni intervento della M6 C1 1.3 del PNRR, la pianificazione delle attività utile a garantire il raggiungimento delle milestone/target europee e ministeriali
Scadenza	31/07/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA
OBIETTIVO	S.D.3	Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità
INDICATORE	S.D.3.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 -
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Per ogni Ospedale di Comunità: - Progetto definitivo approvato a livello aziendale in caso di ricorso ad appalto di soli lavori; - Progetto idoneo per indizione della gara approvato a livello aziendale in caso di ricorso ad appalto integrato o super integrato; - Deliberazione di indizione della gara in caso di mancata adesione alla procedura centralizzata promossa da Azienda Zero
Descrizione di soddisfazione della soglia	A) trasmissione del progetto definitivo approvato a livello aziendale alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 15/10/2022 in caso di ricorso ad appalto di soli lavori: peso 20% B) trasmissione del progetto idoneo per indizione della gara approvato a livello aziendale alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva entro il 31/10/2022 in caso di ricorso ad appalto integrato (su progetto definitivo) o super integrato (su progetto di fattibilità tecnico-economica): peso 75% C) assegnazione dei codici CIG e indizione gara entro il 31/12/2022 in caso di mancata adesione alla procedura centralizzata promossa da Azienda Zero: peso 5% Al non verificarsi della condizione A il sotto-indicatore B assume il 95% del peso totale; Al non verificarsi delle condizioni A e C, il sotto-indicatore B assume il 100% del peso totale. Il punteggio risultante sarà dato dalla <u>somma dei punteggi ottenuti dai singoli interventi</u>
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C1 1.1.3 e il rispetto di milestone e target europee e ministeriali
Scadenza	A) 15/10/2022 Progetto Definitivo B) 31/10/2022 Progetto di Fattibilità tecnico-economica o progetto definitivo o progetto esecutivo C) 31/12/2022 Deliberazione di indizione gara

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.1	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Digitalizzazione DEA I e DEA II
INDICATORE	S.O.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - DEA I e DEA II
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	Az 0- sistemi informativi
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti procedurali, fisici, finanziari e di risultato previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGiS"; documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile
Descrizione di soddisfazione della soglia	Presentazione della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi indiretti, nei tempi e nei modi previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del PNRR, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente: peso 70% Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato e trasmesso alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva con cadenza almeno mensile in formato editabile Excel: peso 30% IOV: implementazione della digitalizzazione complementare a quella prevista dal PNRR con presentazione in CRITE della richiesta di autorizzazione alla realizzazione
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo
Scadenza	Documenti di rendicontazione degli avanzamenti anche tramite il sistema di monitoraggio "ReGiS": aggiornamento con cadenza prevista nel contratto istituzionale di sviluppo a partire dalla messa a disposizione della piattaforma Documento Excel ricavato dall'allegato 4 del POR aggiornato: almeno mensile a partire dal 01/09/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.1	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Digitalizzazione DEA I e DEA II
INDICATORE	S.O.1.2_PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - DEA I e DEA II
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documento Excel ricavato dall'Allegato 4 del Piano Operativo Regionale condiviso dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva. Il documento dovrà essere inviato agli indirizzi: ediliziaospedaliera@regione.veneto.it obiettivi.dg@regione.veneto.it
Descrizione di soddisfazione della soglia	Documento compilato in ogni campo (nome attività, durata, data inizio, data fine, strumento/atto) e trasmesso anche in formato editabile Excel alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva che rispetti milestone e target previsti dal contratto istituzionale di sviluppo IOV: implementazione della digitalizzazione complementare a quella prevista dal PNRR con presentazione in CRITE della richiesta di autorizzazione alla realizzazione
Significato dell'indicatore	Il documento riporta, per ogni intervento della M6 C2 1.1.1 del PNRR, la pianificazione delle attività utile a garantire il raggiungimento delle milestone/target europee e ministeriali
Scadenza	31/07/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.1	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Digitalizzazione DEA I e DEA II
INDICATORE	S.O.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - DEA I e
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	Az 0- sistemi informativi
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di	Ordini di Acquisto (ODA) relativi alle convenzioni Consip attive al 31/12/2022 in coordinamento con Azienda Zero
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta se l'Azienda emette gli Ordini di Acquisto relativi alle convenzioni Consip attive al 31/12/2022 IOV: implementazione della digitalizzazione complementare a quella prevista dal PNRR con presentazione in CRITE della richiesta di autorizzazione alla realizzazione
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C2 1.1.1 e il rispetto di milestone e target europee e ministeriali
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.2	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Grandi apparecchiature
INDICATORE	S.O.2.1	Tempestività nel procedere a ordine di acquisto in gara Consip - Grandi apparecchiature
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Ingegneria Clinica
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di	Ordine di Acquisto (ODA) relativi alle convenzioni Consip attivate al 31/12/2022
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta se l'Azienda emette tutti gli Ordini di Acquisto relativi alle convenzioni Consip attivate entro il 31/12/2022 entro 20 giorni dalla pubblicazione della convenzione
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C2 1.1.2 e il rispetto di milestone e target europee e ministeriali
Scadenza	31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.2	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Grandi apparecchiature
INDICATORE	S.O.2.2	Conclusione procedure di acquisto in corso al 30/04 - Grandi apparecchiature
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Ingegneria Clinica
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di	Ordini di Acquisto (ODA) di tutte le aquisizioni in corso al 30/04/2022 emessi entro il 31/12/2022
Descrizione di soddisfazione della soglia	La soglia si ritiene soddisfatta se l'Azienda emette tutti gli Ordini di Acquisto relativi alle alle procedure in corso al 30/04/2022 inserite nel Piano Operativo Regionale Per ULSS 4, ULSS 7 e IOV, non essendo inserite nel POR procedure di acquisto in corso al 30/04, verrà valutata l'adesione alle nuove convenzioni Consip e l'obiettivo si intenderà raggiunto se gli ODA verranno emessi entro 20 giorni dalla pubblicazione della convenzione
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C2 1.1.2
Scadenza	100%

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.3	Perseguimento M6 C2 intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile
INDICATORE	S.O.3.1_PRE	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - ospedale sicuro
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Documento Excel ricavato dall'Allegato 4 del Piano Operativo Regionale condiviso dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva. Il documento dovrà essere inviato agli indirizzi: ediliziaospedaliera@regione.veneto.it obiettivi.dg@regione.veneto.it
Descrizione di soddisfazione della soglia	Documento compilato in ogni campo (nome attività, durata, data inizio, data fine, strumento/atto) e trasmesso anche in formato editabile Excel alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva che rispetti milestone e target previsti dal contratto istituzionale di sviluppo
Significato dell'indicatore	Il documento riporta, per ogni intervento della M6 C2 1.2. del PNRR, la pianificazione delle attività utile a garantire il raggiungimento delle milestone/target europee e ministeriali
Scadenza	31/07/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		O-ASSISTENZA OSPEDALIERA
OBIETTIVO	S.O.3	Perseguimento M6 C2 intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile
INDICATORE	S.O.3.1	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t1 2023 - ospedale sicuro
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	ULSS 1: consegna dei lavori ULSS 2, ULSS 6: Deliberazione di indizione della gara ULSS 8: Deliberazione di approvazione progetto esecutivo
Descrizione di soddisfazione della soglia	ULSS 1: Inizio lavori entro il 30/09/2022 ULSS 2, ULSS 6: indizione della gara d'appalto entro il 30/09/2022 ULSS 8: approvazione progetto esecutivo entro il 30/11/2022
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura l'avanzamento della M6 C2 1.2 e il rispetto di milestone e target europee e ministeriali
Scadenza	ULSS 1: 30/09/2022 avvio lavori ULSS 2, ULSS 6: Indizione gara appalto entro il 30/09/2022 ULSS 8: approvazione progetto esecutivo entro il 30/11/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	S.P.1	Sviluppo del piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
INDICATORE	S.P.1.1_PRE	Approvazione delibera PANFLU entro il 31/12/2022
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Delibera di approvazione del Piano strategico-operativo aziendale 2021-2023 trasmessa all'indirizzo prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it .
Descrizione di soddisfazione della soglia	Ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale deve provvedere a redigere il proprio Piano strategico-operativo Aziendale e approvarlo con propria deliberazione da inviare entro il 31/12/2022.
Significato dell'indicatore	La declinazione aziendale del Piano strategico-operativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale è un adempimento previsto dalla DGR n.187/2022 "Approvazione del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale."
Scadenza	Invio a prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it della delibera entro il 31/12/2022

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		P-PREVENZIONE
OBIETTIVO	S.P.1	Sviluppo del piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
INDICATORE	S.P.1.1	Adozione del piano strategico-operativo aziendale secondo le indicazioni DGR 187/22
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Struttura di responsabile della misurazione	RV Gruppo di coordinamento regionale PanFlu 2021-2023 (Istituito con DDR n.102 DEL 05/10/2021)
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Istituzione del Gruppo di coordinamento aziendale PanFlu; Allegati del piano strategico-operativo Aziendale 2021-2023
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se sono rispettate le seguenti condizioni: 1) Individuazione di uno specifico Gruppo di coordinamento aziendale PanFlu. 2) Compilazione adeguata, chiara ed esaustiva di tutti gli allegati del Piano, secondo le valutazioni delle Direzioni Regionali Competenti in materia: - Allegato A contenente il Documento programmatico; - Allegato B relativo alla mappatura della rete dei servizi sanitari; - Allegato C relativo alla mappatura della struttura della popolazione (profilo di salute della popolazione); - Allegato D recante elenco dei documenti attuativi con le relative scadenze; - Allegato E documento attuativo relativo al coordinamento della governance; - Allegato F documento attuativo relativo alla sorveglianza epidemiologica e virologica; - Allegato G documento attuativo relativo ai servizi sanitari di prevenzione; - Allegato H documento attuativo relativo ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali; - Allegato I documento attuativo relativo alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario; - Allegato L documento attuativo relativo all'approvvigionamento di DPI, medicinali, fornitura di dispositivi medici essenziali; - Allegato M documento attuativo relativo alla formazione continua degli operatori differenziata per setting e figure professionali; - Allegato N documento attuativo relativo alla razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali; - Allegato O documento attuativo relativo alla sorveglianza negli animali e nelle popolazioni professionalmente esposte allo spillover; - Allegato P documento attuativo relativo alla valutazione e stima delle risorse economiche e del personale. Nonchè la compilazione di eventuali ulteriori documenti attuativi da approvati con successivi provvedimenti della Giunta regionale.
Significato dell'indicatore	L'adozione del Piano strategico-operativo aziendale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, in linea con il Piano regionale, individua adeguati strumenti per la prevenzione, l'identificazione rapida e il monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati, limitando il rischio di contagio per gli operatori sanitari e per i cittadini; inoltre ha lo scopo di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione, nonché guidare, al termine della pandemia, le azioni per consentire un ritorno alle normali attività, tenendo conto della possibilità di nuove ondate dell'epidemia.
Scadenza	invio a prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it della nomina del Gruppo di coordinamento aziendale PanFlu entro la scadenza regionale e della deliberazione di adozione del Piano (vedi scadenza Prerequisito)

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	S.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
INDICATORE	S.S.1.1	Indicatori di alimentazione FSE (IA1 bozza decreto interministeriale "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

FONTE DATI	La fonte dati è la piattaforma di monitoraggio messa a disposizione da Arsenal.it
Metodo di calcolo	Per il monitoraggio di tale indicatore saranno valutate le percentuali dei documenti indicizzati rispetto al totale 'prestazioni' erogate come richiesto dal 'decreto riparto' del FSEr e allegati nella scheda. Rif. "Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico" pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 160 del 11 luglio 2022
Significato dell'indicatore	Aumentare la condivisione dei documenti clinici con il paziente e con gli altri professionisti sanitari tramite il FSEr
Criterio di soddisfazione della soglia	L'obiettivo sarà raggiunto se il calcolo dell'indicatore risulterà $\geq 50\%$ In caso di non raggiungimento completo dell'obiettivo verrà assegnato un punteggio aggiuntivo nel caso di alimentazione dei referti di Continuità Assistenziale

S.S.1.1	Indicatori di alimentazione FSE (IA1 bozza decreto interministeriale "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")
----------------	---

SCHEDA

Linee Guida per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico" pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 160 del 11 luglio

IA1.1	N. lettere di dimissioni ospedaliere indicizzate/ n. ricoveri (fonte SDO)
IA1.2	N. verbali di pronto soccorso indicizzati/ n. accessi pronto soccorso (fonte emur, accessi al ps al netto degli abbandoni)
IA1.3	N. referti laboratorio indicizzati/ n. prestazioni di laboratorio erogate (fonte flusso sps escluso screening)
IA1.4	N. referti di radiologia indicizzati/ n. prestazioni di radiologia erogate (fonte flusso sps)
IA1.5	N. referti di specialistica ambulatoriale indicizzati/ n. prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate (fonte flusso sps)
IA1.6	N. referti di anatomia patologica indicizzati/ n. prestazioni di anatomia patologica erogate (fonte sps)
IA1.7	N. cittadini con certificato vaccinale indicizzato/ n. residenti (fonte aur)
IA1.8	N. totale di documenti indicizzati/ n. assistiti (fonte aur)

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	S.S.2	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero
INDICATORE	S.S.2.1	Avvio in produzione del Sio entro il 31/12/22 nei distretti previsti
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Le Aziende dovranno dare comunicazione ad a pmsio@azero.veneto.it, ediliziaospedaliera@regione.veneto.it, obiettivi.dg@regione.veneto.it della data di avvio del nuovo sistema informativo ospedaliero (SIO) avvenuta entro il 31.12.2022
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'obiettivo è raggiunto se viene inviata la comunicazione di avvio entro la data di scadenza prevista
Significato dell'indicatore	L'indicatore ha lo scopo di rispettare le tempistiche previste dal progetto SIO
Scadenza	15.01.2023

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBBIETTIVO	S.S.2	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero
INDICATORE	S.S.2.2	Completamento attività propedeutiche per avvio del Sio
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazioni	DIREZIONE EDILIZIA OSPEDALIERA A FINALITA' COLLETTIVA
Struttura di responsabile della misurazione	az0-SISTEMI INFORMATIVI
Link a sistema di misurazione/scheda	

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	<p>Le aziende dovranno inviare a pmsio@azero.veneto.it, ediliziaospedaliera@regione.veneto.it, obiettivi.dg@regione.veneto.it i documenti come sotto riportati</p> <p>1. Emissione ordini: l'azienda deve fornire elenco delle attività previste che necessitavano l'emissione di ordine per l'avvio del SIO riportando per ognuna l'eventuale numero e data dell'ordine emesso e le date previste del completamento lavori.</p> <p>2. Test A0 Match: l'azienda deve fornire</p> <ul style="list-style-type: none"> - il numero di anagrafiche che potenzialmente dovranno elaborare su A0 Match. Tale numero dovrà essere calcolato secondo alcuni precisi parametri che verranno successivamente comunicati (es. pazienti non residenti e non domiciliati in Veneto, che non abbiano collegato nessun MPI), e che comunque necessarie alla migrazione del sio per caricamento dati transazionali e/o clinici). - Dichiarazione che i risultati delle elaborazioni delle anagrafiche caricate nel sistema sono adeguati per poter garantire l'avvio del nuovo SIO <p>Caricamento dello storico: l'azienda deve fornire l'elenco delle tipologie dei documenti, propedeutici all'avvio del SIO, che intende caricare come documentazione storica e successivamente il numero dei documenti caricati per singola tipologia. Le tipologie di documenti richieste sono relative a entrambi i metodi di caricamento (indicizzazione documenti già presenti nel repository e documenti prodotti in batch dai dati strutturati).</p> <p>Per l'Azienda Ulss 8 l'indicatore sarà completamente raggiunto se verrà data comunicazione ad a pmsio@azero.veneto.it, ediliziaospedaliera@regione.veneto.it, obiettivi.dg@regione.veneto.it della data di avvio del nuovo sistema informativo ospedaliero (SIO) avvenuta entro il 31.12.2022</p>
Descrizione di soddisfazione della soglia	<p>L'obiettivo è raggiunto se vengono superati i seguenti punti</p> <p>1. Emissione degli ordini propedeutici all'avvio del SIO (es. integrazioni dei dipartimentali e recupero storico degli applicativi in dismissione) nei tempi necessari per la conclusione dei lavori entro la data di avvio del SIO e comunque non oltre il 30.09.2022.</p> <p>2. Test A0 Match: L'obiettivo sarà raggiunto se</p> <ul style="list-style-type: none"> - è stato elaborate in A0 Match (ambiente di test) un numero di anagrafiche \geq a quanto dichiarato (id anagrafico aziendale diverso) - l'azienda dichiarerà che i risultati delle elaborazioni effettuate entro il 31.12.2022 sono adeguati per poter garantire l'avvio del nuovo SIO <p>3. Caricamento dello storico L'obiettivo sarà raggiunto se risulterà presente nel FSER almeno un documento delle tipologie dichiarate. dichiarazione delle tipologie. Per tale verifica verranno chieste alle aziende i dati necessarie per il recupero di almeno un documento.</p>
Significato dell'indicatore	L'indicatore ha lo scopo di rispettare le tempistiche previste dal progetto SIO per gli avvisi dell'anno 2023
Scadenza	<p>La documentazione richiesta deve pervenire rispettando la seguente scaletta</p> <p>1. <u>emissione ordini</u>: elenco delle attività e relativi ordini entro il 15.10.2022</p> <p>2. <u>Test A0 Match</u>: - invio del numero di anagrafiche entro il 15.09.2022 - invio della dichiarazione sui risultati delle elaborazioni entro il 15.01.2023</p> <p>3. <u>Caricamento dello storico</u> dichiarazione delle tipologie entro 30.09.2022 dichiarazione del numero di documenti caricati per tipologia entro il 31.12.2022</p>

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	S.S.3	Mantenimento indicatori di completezza, qualità e coerenza dei flussi
INDICATORE	S.S.3.1_PRE	rispetto tempistiche dei flussi ministeriali
SOGLIA		si

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0 - Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022) https://gefi.websanita.intra.rve

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore è soddisfatto se tutti i mesi/fasi relativi ai flussi richiesti dal Ministero sono stati trasmessi entro le scadenze previste da Regione / Azienda Zero
Significato dell'indicatore	Garantire il tempestivo invio dei flussi per la trasmissione al NSIS
Scadenza	Scadenze di invio dei flussi informativi

TORNA ALL'INDICE

LINEA STRATEGICA		S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
AMBITO LEA		S-PROCESSI DI SUPPORTO
OBIETTIVO	S.S.3	Mantenimento indicatori di completezza, qualità e coerenza dei flussi
INDICATORE	S.S.3.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati
SOGLIA		si (come da scheda vademecum)

Struttura regionale Responsabile delle valutazione	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura di responsabile della misurazione	az0-Analisi attività assistenziali sanitarie e socio sanitarie, HTA e Risorse Umane RVE
Link a sistema di misurazione/scheda	il link verrà fornito da Azienda Zero in attuazione dell'obiettivo A.R.1.2 assegnato alla stessa (DGR 759/2022)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica	Azienda zero calcola gli indicatori da flussi come riportato
Descrizione di soddisfazione della soglia	L'indicatore è soddisfatto se tutti gli indicatori riportati nella scheda S.S.3.1 allegato rispettano le soglie indicate nello stesso
Significato dell'indicatore	Garantire la qualità e la completezza dei flussi informativi
Scadenza	Indicatori calcolati su flussi con dati riferiti fino al 31/12/2022

S.S.3.1		Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati			
ID	FLUSSO / INDICATORE	Flusso	Soglia	PesoUlss	Peso Iov e AO
S.S.3.1_A01	Totale Dimessi inviati entro la data di riferimento evento dimissione / totale dimessi del periodo	SDO	≥ 95% fasi X-Y ≥ 98% fase 12 100% fase 13	0,03	0,05
S.S.3.1_A02	Media dei principali errori riscontrati sul totale schede presenti alla scadenza dei periodi di invio	SDO	≤ 0,3 a partire dai dati della fase X	0,03	0,05
S.S.3.1_A03	Integrità relazionale tra i tracciati del nuovo flusso SDO	SDO		0,03	0,05
S.S.3.1_A04	media pesata di % copertura istituti (peso=0,75) e % coerenza SDO-HSP (peso=0,25)	SDO	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A05	Rispetto delle linee guida sulla compilazione delle SDO nei casi di Sars-Cov2	SDO	≥90%U.O.C. ISPEZIONI SANITARIE	0,03	0,05
S.S.3.1_A06	Registrazione dei ricoveri COVID entro le 48 h.	SI AVR	>=95%	0,03	0,05
S.S.3.1_A07	Strutture invianti / strutture attese	EMUR PS	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A08	Numero record anno corrente/Numero record anno precedente	EMUR PS	≥80% e ≤120%	0,03	0,05
S.S.3.1_A09	Totale record con campo diagnosi principale valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi	EMUR PS	≥95%	0,03	0,05
S.S.3.1_A10	Contenuto informativo del campo diagnosi principale	EMUR PS	≤2%	0,03	0,05
S.S.3.1_A11	Percentuale di accessi con OBI aventi Utente "pagante"	EMUR PS	0%	0,03	0,05
S.S.3.1_A12	Centrali operative invianti / Centrali operative attese	EMUR 118	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A13	N. di interventi effettuati dal 118 anno 2021 / N. di interventi effettuati dal 118 anno 2020	EMUR 118	≥90%	0,03	0,05
S.S.3.1_A14	Totale record con campo istituto di destinazione valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi.	EMUR 118	≥95%	0,03	0,05
S.S.3.1_A15	corretta valorizzazione del campo "identificativo utente" - tracciato B3 dati anagrafici assistito.	EMUR 118	≥95%	0,03	0,05
S.S.3.1_A16	nel campo "identificativo utente" - tracciato B3 dati anagrafici assistito, i soggetti valorizzati con "ANONIMO" non devono eccedere il 2% del totale accessi	EMUR 118	≤2%	0,03	0,05
S.S.3.1_A17	numero totale dei record validi inviati da ciascuna regione per il periodo selezionato su numero totale di record validi inviati l'anno precedente (tracciato 1)	FAR	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A18	Rapporto Assistenti Semiresidenziali FAR / Utenti STS24-Quadro F (S09)	FAR	≥ 80% <= 120%, a fine anno ≥ 90% <= 110%	0,03	0,05
S.S.3.1_A19	Rapporto Assistenti Residenziali FAR / Utenti STS24-Quadro G (S09)	FAR	≥ 80% <= 120% a fine anno ≥90% <= 110%	0,03	0,05
S.S.3.1_A20	% Prese in carico con errore bloccante, nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio di calendario.	FAR	<= 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).	0,03	0,05
S.S.3.1_A21	Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	FAR	< 20%	0,03	0,05
S.S.3.1_A22	strutture hospice invianti / strutture hospice attese	Hospice	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A23	numero record anno corrente / numero record anno precedente	Hospice	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A24	Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	Hospice	< 10%	0,03	0,05
S.S.3.1_A25	DSM invianti / DSM attesi	APT (SISM)	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A26	numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati	APT (SISM)	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A27	Differenza Assistenti APT Residenziali Semiresidenziali / Utenti indicati su STS24.	APT (SISM)	< 10% a fine anno	0,03	0,05
S.S.3.1_A28	APT (SISM) - Tracciato Attività Territoriale - Dati di Contatto: numero dei record con diagnosi di apertura valorizzata / totale record inviati.	APT (SISM) - Tracciato Attività Territoriale	> 90 % a fine anno La soglia diventa vincolante per l'adempimento a fine anno	0,03	0,05
S.S.3.1_A29	Percentuale di cartelle aperte senza prestazioni per periodo > 180 giorni	APT (SISM)	< 10% fine anno per adempimento	0,03	0,05
S.S.3.1_A30	Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio	APT (SISM)	< 10%	0,03	0,05
S.S.3.1_A31	Percentuale di errori bloccanti presenti a fine periodo invio di calendario	APT (SISM)	< 10% , <5% a fine anno per adempimento	0,03	0,05
S.S.3.1_A32	SERD invianti / SERD attesi	SIND	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A33	numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati	SIND	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A34	Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2021 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2020	SIND	≥ 90	0,03	0,05
S.S.3.1_A35	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.	SIND	≥ 90	0,03	0,05
S.S.3.1_A36	Per ogni flusso informativo viene valutata la completezza dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria)	>=95% o 100% a fine periodo di caricamento previsto	0,03	0,05
S.S.3.1_A37	Per ogni flusso informativo viene valutata la qualità dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria)		0,03	0,05
S.S.3.1_A38	Completezza dei modelli e rispetto delle tempistiche di compilazione per i dati delle strutture di ricovero private (modelli HSP)	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria)	>=95% o 100% a fine periodo di caricamento previsto	0,03	0,05
S.S.3.1_A39	ASL invianti / ASL attese (tracciato 1, 2)	ADI	100%	0,03	0,05
S.S.3.1_A40	numero record anno corrente / numero record anno precedente (tracciato 1, 2)	ADI	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A41	n. PIC valide anno corrente/n. PIC valide anno precedente	ADI	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A42	n. rivalutazioni + n. chiusure + n. accessi di PIC valide anno corrente su n. rivalutazioni + n. chiusure + n. accessi di PIC valide anno precedente	ADI	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A43	n. PIC valide con n. accessi > 1 (con data dimissione nell'anno) sul totale PIC con dimissione nell'anno	ADI	≥80%	0,03	0,05
S.S.3.1_A44	n di sta-rep relativi alla funzione territoriale attribuiti rispetto alla preced	GPI	0	0,03	0,05

*monitorato da Risorse Umane RVE

S.S.3.1 Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati					
ID	FLUSSO / INDICATORE	SOGLIA 2022	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA	PesoUlss	Peso Iov e AO
S.S.3.1_F01	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F02	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F03	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	0,03	0,05
S.S.3.1_F04	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F05	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP): rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata	≥ 95%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa trasmessa alla prima scadenza e al denominatore l'ultima spesa trasmessa.	0,03	0,05
S.S.3.1_F06	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F07	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F08	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	0,03	0,05
S.S.3.1_F09	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F10	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F11	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	≥ 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 2022. Sono escluse le categorie CND Q ed L.	0,03	0,05
S.S.3.1_F12	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.	0,03	0,05
S.S.3.1_F13	Flusso consumi e contratti DM, modelli CE, fatture elettroniche: relazione annuale	Ciascuna azienda deve inviare la relazione entro il 30 aprile 2023 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).	0,03	0,05
S.S.3.1_F14	% 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	0,03	0,05
S.S.3.1_F15	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica (escluso ausili manousa) / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica	≥ 95% (solo ULSS)	L'indicatore è calcolato come percentuale. Numeratore: somma spesa per ausili (comprensiva dei servizi aggiuntivi) erogati in regime di assistenza protesica inviata nel flusso Assistenza Protesica Denominatore: somma spesa per ausili (comprensiva dei servizi aggiuntivi) erogati in regime di assistenza protesica estratta dal Cruscotto Regionale AP.	0,03	0,05
S.S.3.1_F16	Registro Navigatore - NAV (Epatiche C): completezza dei dati inseriti	≥ 95% (tutte eccetto IOV)	Inserimento nel registro NAV dei pazienti avviati al trattamento. Numeratore: numero dei pazienti avviati al trattamento inseriti nel registro NAV Denominatore: numero dei pazienti avviati al trattamento inseriti nei registri AIFA	0,03	0,05
S.S.3.1_F17	Consumo territoriale di farmaci oppioidi (DDD 1000 ab/die)	> valore medio delle tre migliori performance aziendali della Regione nell'anno 2021 (solo ULSS)	Si considerano solo i consumi di farmaci oppioidi con atc: N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AB03, N02AE01, N02AX02, N02AX06	0,03	0,05