



Proposta n. 2081 / 2023

**PUNTO 28 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 29/12/2023**

**ESTRATTO DEL VERBALE**

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1682 / DGR del 29/12/2023**

**OGGETTO:**

Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024.



### **COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE**

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

### **RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI**

MANUELA LANZARIN

### **STRUTTURA PROPONENTE**

AREA SANITA' E SOCIALE

### **APPROVAZIONE**

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





OGGETTO: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Il presente provvedimento individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024, con le relative pesature, da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Istituti del SSR.

---

Il relatore riferisce quanto segue.

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

La L.R. n. 56/1994, all'art. 13, così come modificato dalla L.R. n. 23/2012, prevede che “i Direttori Generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale e in relazione all'azienda specificamente gestita” (comma 8 quinquies) e che “[...] rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale” (comma 8 decies).

La DGR n. 160 del 2021 ha approvato il nuovo schema contrattuale di prestazione d'opera dei Direttori Generali di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, dove all'art. 7 vengono esplicitate le cause di estinzione del rapporto, tra cui “l'esito negativo della valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali assegnati” (art. 7, comma 2).

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

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

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

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



Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2024 viene ribadito l'impegno dell'Amministrazione regionale a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia.

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

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

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

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

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

#### LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare i contenuti dell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, i relativi indicatori e le soglie a valere per l'anno 2024 per le singole Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedale – Università Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto;
3. di incaricare l'Area Sanità e Sociale della realizzazione, sulla base di quanto disposto nella presente deliberazione, di un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata,



degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi (“Vademecum”), al quale si rinvia per ogni ulteriore dettaglio e/o integrazione;

4. di confermare che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024 assumono piena validità e rilevanza per i Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR ai fini della valutazione di cui alla L.R. n. 56/1994;

5. di stabilire che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui al punto 2 vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento e al peso assegnato a ciascun soggetto;

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

7. di incaricare l'Area Sanità e Sociale di trasmettere il presente atto ai Direttori Generali interessati e di procedere in corso d'anno al monitoraggio e alla verifica circa il grado di aderenza dei risultati conseguiti dalle Aziende e Istituti del SSR agli obiettivi individuati;

8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

9. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

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







LINEA STRATEGICA					% su punteggio giunta													
AMBITO LEA																		
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA		Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
					100%	60	60	60	60	60	60	60	60	60	80	80	80	
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza					40%	24	24	24	24	24	24	24	24	24	32	32	32	
S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%		2	1,7	2	2	2	1,7	2	2	1,7	1,7	1,7	1,7	
		S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		2	1,7	2	2	2	1,7	2	2	1,7	1,7	1,7	1,7	
		S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,6	1,3	1,6	1,6	1,6	1,3	1,6	1,6	1,3	1,3	1,3	1,3	
		S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,6	1,3	1,6	1,6	1,6	1,3	1,6	1,6	1,3	1,3	1,3	1,3	
		S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,6	1,3	1,6	1,6	1,6	1,3	1,6	1,6	1,3	1,3	1,3	1,3	
		S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,7	1,4	1,7	1,7	1,7	1,4	1,7	1,7	1,4	1,4	1,4	1,4	
		S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	
		S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	Si (come da vademecum)			1,8				1,8			1,8	1,8	1,8	1,8	
		S.1.D.9	Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	Si (come da vademecum)													2,2	
		S.1.D.10	Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)													2	
S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)		1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4	2,2	1,2	2,2	
S.3	Perseguimento PNRR Missione 6	S.2.O.2	Interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale	Si (come da vademecum)											2	3		
		S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22		1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4	1,2	1,2		
		S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22		1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2					
		S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	Si (come da vademecum)		1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4	2,6	2,6	2,2	
		S.3.S.4	PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"	Si (come da vademecum)		1,2	1,2				1,2		1,2					
		S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento		1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4	2,2	2,2	2,2	
		S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Si (come da vademecum)		1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4	2,8	2,8	2,2	
S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22		1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	1,2	1,4	2,2	2,2	2,2			
S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22		1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,6	1,6	1,6		
	S.4.D.2	Sviluppo modalità organizzative integrate dell'ospedale di comunità	Si (come da vademecum)											2	2			
	S.4.D.3	Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke	Si (come da vademecum)													2		
S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza					20%	12	12	12	12	12	12	12	12	12	16	16	16	
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.P.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 1	rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.P.2	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 2	rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.D.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 1	rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.D.2	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 2	rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1	rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
		A.1.O.2	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2	rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.P.1	Indicatore di mantenimento specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale		2	2	2	2	2	2	2	2	2				
		A.2.D.1	Indicatore di mantenimento specifico per ulss (vedi All A2) Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale		2	2	2	2	2	2	2	2	2				
		A.2.O.1	Indicatore di mantenimento specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale		2	2	2	2	2	2	2	2	2	12	12	12	
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari					15%	9	9	9	9	9	9	9	9	12	12	12		
E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2,5	2,5	2,5	
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5	



657be9ea



LINEA STRATEGICA					% su punteggio giunta													
AMBITO LEA																		
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA		Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
		E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
E.2	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Si (come da vademecum)	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4		
E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	E.3.S.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100 %	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		
		E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5		
		E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	Si (come da vademecum)	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4		
E.4	Miglioramento dei processi sanitari	E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1,8	1,8	0,6		
		E.4.S.2	Utilizzo della teleferfatazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6					
		E.4.S.3	Indice di performance degenza media- drg medici (Bersaglio C2A.M)	<= - 0,3										1,2	1,2			
		E.4.S.4	Indice di performance degenza media- drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	>= - 0,27										1,2	1,2			
E.5	Promozione dei processi di eccellenza	E.5.S.1	Valorizzazione ruolo di hub dello IRCCS IOV nell'ambito dell'attività di ricerca: aumento degli studi in cui lo IOV è capofila o promotore rispetto agli studi profit	Si (come da vademecum)												1,8		
		E.5.S.2	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: Avvio produzione radiofarmaci PET già convalidati entro il 31/03/2024	Si (come da vademecum)												0,8		
		E.5.S.3	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: riduzione dei costi come da previsione	Si (come da vademecum)												1		
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza					25%	15	15	15	15	15	15	15	15	20	20	20		
Q.1	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell' antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	Q.1.P.1	Punteggio SPINCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	punteggio ottenuto dal questionario SPINCAR maggiore del punteggio medio nazionale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Q.2	Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	Q.2.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	Si (come da vademecum)	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8					
Q.3	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	Q.3.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6					
Q.4	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6					
		Q.4.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6					
Q.5	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Si (come da vademecum)	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2					
		Q.5.D.2	D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2					
		Q.5.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1		
		Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2					
Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	Si (come da vademecum)	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2					
Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	2		
Q.8	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.8.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8			



657be9ea





LINEA STRATEGICA					% su punteggio giunta													
AMBITO LEA						Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA														
Q.9	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	Si (come da vademecum)		1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1	1	1	
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	Q.10.S.1	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	<= 52,2% o in miglioramento		1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2				
Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1	
Q.12	Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	Si (come da vademecum)		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6				
Q.13	Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	>= 10%		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere	Q.14.O.1	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Bersaglio C14.4)	<= 3,00											0,8	0,8		
		Q.14.O.2	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (Bersaglio C16.4)	>= 90											1	1		
		Q.14.O.3	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	>= 92,00											0,8	0,8		
		Q.14.O.4	Consumo di antibiotici nei reparti (Bersaglio C9.12)	<= 58,69											1,2	1,2		
		Q.14.O.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (Pne)	<= 3,68											1	1		
		Q.14.O.6	H12C - Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione	<= 3,47											1	1		
		Q.14.O.7	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<= 2,66											1	1		
		Q.14.O.8	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità (Bersaglio C30.3.2.2)	>= 18,81											0,6	0,6		
Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV	Q.15.O.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,39											1,2	1		
		Q.15.O.2	Segnalazione potenziali donatori di organo	> 0,7 presidi con neurochirurgia > 0,6 presidi senza neurochirurgia											0,6	0,6	1	
		Q.15.O.3	Candidati trapianto rene da donatore vivente	>= 7 coppie (Aziende con centro trapianti di rene); >= 5 coppie (Aziende senza centro trapianti di rene)											0,6	0,6		
		Q.15.O.4	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	<=37,5 o trend in diminuzione											0,6	0,6	1	
		Q.15.O.5	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N" di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM) /N" di interventi chirurgici in elezione (Ortopedia, Urologia e Cardiocirurgia)"	>50% per AOU PD, >90% AUOI VR, =100% IOV											0,6	0,6	1	
		Q.15.O.6	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"	Si (come da vademecum)											0,6	0,6	1	
		Q.15.O.7	Completamento del percorso di monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali	Si (come da vademecum)											1,2	1,2	2	
Q.16	Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza	Q.16.S.1	% di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica	Si (come da vademecum)											1,6	1,6	2	
		Q.16.S.2	% pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit	Si (come da vademecum)											1	1,2	2	
Q.17	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	Q.17.S.1	Attività di supporto all'area: rete regionale delle UFA	Si (come da vademecum)													2	
		Q.17.S.2	Profilazione molecolare: efficientamento ed economicità dei pannelli molecolari con il supporto del Molecular Tumor Board (MTB)	Si (come da vademecum)													2	



657be9ea



## ALLEGATO A2

	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV
<b>PREVENZIONE</b>												
P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	S	M	S	S	M	M	M	M	M	-	-	-
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	M	S	M	M	S	S	S	S	S	-	-	-
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
P16C - Proporzioni di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
(*) P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	M	M	M	M	M	M	S	M	M	-	-	-
(*) P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	S	S	M	S	S	S	M	S	S	-	-	-
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.	M	M	S	M	M	M	M	M	M	-	-	-
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	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-

## ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA

D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-
Consumo di oppioidi sul territorio* >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-
D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
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	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA3)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
(*) D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiocirurgia)"	M	M	M	M	M	M	S	M	M	-	-	-
H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	S	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	M	S	S	S	S	S	M	M	S	-	-	S
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	-
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	M	M	S	M	M	M	M	M	S	M	S	-
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	M	M	M	S	S	S	M	S	M	-	-	-
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	-
H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	S	S	M	M	M	M	S	S	M	M	M	-
Candidati trapianto rene da donatore vivente	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
Segnalazione potenziali donatori di organo	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	-
PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	M
PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi all'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	M
Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	M
Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	M
H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	M	M	-
H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-	S

(\*) indicatori per i quali potrà essere valutata una soglia regionale che tenga conto della performance degli anni precedenti

S= obiettivi Specifici (A.1.P.1, A.1.P.2, A.1.D.1, A.1.D.2, A.1.O.1, A.1.O.2)

M= obiettivi Mantenimento (A.2.P.1, A.2.D.1, A.2.O.1)



657be9ea

