



LINEA STRATEGICA		% su punteggi																									
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		
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza				100%											60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	80	80	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%											24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	32	32	32
		S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti												2	1,7	2	2	2	1,7	2	2	1,7	2	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											2	1,7	2	2	2	1,7	2	2	1,7	2	1,7	1,7	1,7
		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	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	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	1,4
S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	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	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.3	Perseguimento PNRR Missione 6	S.2.O.1	Investimenti edili in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia P.O. Castelfranco Veneto) e potenziamento del 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.2.O.2	Interventi edili e tecnologici di valorizzazione hub regionale	SI (come da vademecum)																					2	3	
S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	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	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							
		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.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	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 DGR 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	1,2	1,6	1,6	1,6	
		S.4.D.2	Sviluppo modalità organizzative integrate dell'ospedale di comunità	SI (come da vademecum)																							
S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.4.D.3	Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke	SI (come da vademecum)																				2	2		
		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 Indicatori Sistemi di valutazione nazionali	A.1.P.1	Indicatore specifico per uiss (vedi All A2) Prevenzione 1	rispetto soglia nazionale											1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.P.2	Indicatore specifico per uiss (vedi All A2) Prevenzione 2	rispetto soglia nazionale											1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.D.1	Indicatore specifico per uiss (vedi All A2) Distretto 1	rispetto soglia nazionale											1	1	1	1	1	1	1	1	1				
		A.1.D.2	Indicatore specifico per uiss (vedi All A2) Distretto 2	rispetto soglia nazionale											1	1	1	1	1	1	1	1	1				
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	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.P.1	Indicatore di mantenimento specifico per uiss (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 uiss (vedi All A2) Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale											2	2	2	2	2	2	2	2	2				
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari				15%											9	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																																	
[AMBITO LEA																																	
Cod. Ob	OBBIETTIVO	Cod. Ind	INDICATORE	SOGLIA	% su punteggio su giunta	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	s 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 Protetica e Assistenza Integrativa 2024	s soglie assegnate con provvedimento regionale		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	1,8	1,8	0,6															
E.5	Promozione dei processi di eccellenza	E.4.S.2	Utilizzo della teleferazione 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.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 ciclozione presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: Avvio produzione radiolarmaci PET già convalidati entro il 31/03/2024	Si (come da vademecum)													0,8																
		E.5.S.3	Riattivazione ciclozione 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	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 individuali, 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	0,8																



LINEA STRATEGICA																	
AMBITO LEA																	
Cod. Ob	OGGETTIVO	Cod. Ind	INDICATORE	SOGLIA	Uls 1	Uls 2	Uls 3	Uls 4	Uls 5	Uls 6	Uls 7	Uls 8	Uls 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
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 oltre soglia 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 - Proporzioni 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	H082a, sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG) - sub indicatore di appropriatezza; "N" di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)	>50% per AOU PD, >90% AUOI VR, =100% IOV										0,6	0,6	1	
		Q.15.O.6	"N" di interventi chirurgici in elezione (Ortopedia, Urologia e Cardiocirurgia)"	Si (come da vademecum)										0,6	0,6	1	
		Q.15.O.7	H082b, 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.16	Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza	Q.16.S.1	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.S.2	% 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	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
PREVENZIONE												
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 - Proporzione 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 - Proporzione 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 - Proporzione 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 - 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	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 - Proporzione 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 - Proporzione 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, CIA 3)	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 - Proporzione 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 - Proporzione 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 - Proporzione 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

