



Area Sanità e Sociale

Direzione Programmazione e Controllo SSR
U.O. Monitoraggio e controllo attuazione PSSR

Vademecum

Obiettivi DD.GG. 2024

DGR 1682/2023

Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi

Versione 1.0 del 31/01/2024

Riferimento per comunicazioni:

obiettivi.dg@regione.veneto.it

SOMMARIO

Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Pagina
Schede metodologiche indicatori Allegato A1 DGR 1682/23		
E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024	5
E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	6
E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024	7
E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024	8
E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	9
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	10
E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	12
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	13
E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	15
E.4.S.2	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	16
E.4.S.3	Indice di performance degenza media- drg medici (Bersaglio C2A.M)	17
E.4.S.4	Indice di performance degenza media- drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	18
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	19
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	20
E.5.S.3	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: riduzione dei costi come da previsione	21
Q.1.P.1	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	22
Q.02.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	23
Q.03.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	24
Q.04.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	25
Q.04.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	26
Q.05.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	27
Q.05.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)	28
Q.05.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	29
Q.05.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	30
Q.06.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	31
Q.07.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	32
Q.08.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	33
Q.09.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	34
Q.10.O.1	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	35
Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	36
Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	37
Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	38
Q.14.O.1	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Bersaglio C14.4)	39
Q.14.O.2	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (Bersaglio C16.4)	40
Q.14.O.3	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)	41
Q.14.O.4	Consumo di antibiotici nei reparti (Bersaglio C9.12)	42
Q.14.O.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (Pne)	43
Q.14.O.6	H12C - Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione	44
Q.14.O.7	H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	45
Q.14.O.8	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità (Bersaglio C30.3.2.2)	46
Q.15.O.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	47
Q.15.O.2	Segnalazione potenziali donatori di organo	48
Q.15.O.3	Candidati trapianto rene da donatore vivente	49
Q.15.O.4	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	50
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 Cardiochirurgia)"	51
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"	52

Q.15.O.7	Completamento del percorso di monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali	53
Q.16.S.1	% di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica	54
Q.16.S.2	% pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit	55
Q.17.S.1	Attività di supporto all'area: rete regionale delle UFA	56
Q.17.S.2	Profilazione molecolare: efficientamento ed economicità dei pannelli molecolari con il supporto del Molecular Tumor Board (MTB)	57
S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	58
S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	59
S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	60
S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	61
S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	62
S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	63
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	64
S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	65
S.1.D.9	Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	66
S.1.D.10	Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per azienda sanitaria	67
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)	68
S.2.O.2	Interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale	69
S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	70
S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	71
S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	72
S.3.S.4	PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"	73
S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	74
S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	75
S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	76
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	77
S.4.D.2	Sviluppo modalità organizzative integrate dell'ospedale di comunità	78
S.4.D.3	Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke	79
S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	80
Schede di misurazione indicatori qualitativi Allegato A1 DGR 1682/23		81
Schede metodologiche indicatori allegato A2 DGR 1682/23		88
Schede di misurazione indicatori qualitativi Allegato A2 DGR 1682/23		133

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
Indicatore	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
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.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Modelli CE, Flussi di consumo farmaci, Registri AIFA, fatturazioni mensili Azienda Zero.
Metodo di calcolo	1) La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale per gli Acquisti diretti della farmaceutica e per DPC. Indicatore di osservazione: 2) Potenziamento Farmacovigilanza: Monitoraggio di un numero minimo di segnalazioni ADR nel 2024
Criterio di soddisfazione	1) L'indicatore 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 appropriato 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. Relativamente alla DPC l'Azienda ULSS è adempiente se il limite è rispettato in base al dato delle fatturazioni mensili di Azienda Zero alle Aziende Sanitarie. Indicatore di osservazione: 2) segnalazioni ADR per farmaci e vaccini. Per le ULSS: 1) segnalazioni per milione di abitanti (farmaci e vaccini) ≥ 500; 2) segnalazioni per milione di abitanti (farmaci) ≥ 300; Per le AO e IOV: - segnalazioni ADR per farmaci e vaccini ≥ 0,005 dei ricoveri

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
Indicatore	E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici	
Struttura responsabile misurazione	AZ-Governo Clinico	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso consumo DM (DWH), Modelli CE, fatturazioni mensili Azienda Zero, Piattaforma Servizi Farmaceutici (PSF).
Metodo di calcolo	1) La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale per DM, IVD e DPC DM e DPCM IVD. Indicatore di osservazione: 2) Potenziamento della rete della dispositivo vigilanza: monitoraggio degli accessi degli RLV alla rete e validazione delle segnalazioni di incidenti sui dispositivi medici e IVD
Criterio di soddisfazione	1) L'indicatore 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 e 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. Relativamente alla DPC l'Azienda ULSS è adempiente se il limite è rispettato in base al dato delle fatturazioni mensili di Azienda Zero alle Aziende Sanitarie 2) Indicatore di osservazione: 2a) n. RLV che hanno effettuato il primo accesso/n. RLV registrati in NSIS= 100% 2b) segnalazioni di incidenti DM e IVD validate/segnalazioni ricevute = 100%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
Indicatore	E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
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.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

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 per farmaceutica convezionata. La verifica prenderà in considerazione i valori di conto economico.
Criterio di soddisfazione	L'indicatore si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite assegnato.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
Indicatore	E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
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.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa, flusso celiachia, fatturazioni mensili Azienda Zero.
Metodo di calcolo	La verifica riguarderà il rispetto della soglia fissata con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale relativa al costo pro capite assistenza protesica e costo pro capite assistenza integrativa. La verifica prenderà in considerazione la spesa ricavata da flussi/cruscotti e fatturazioni mensili Azienda Zero.
Criterio di soddisfazione	L'indicatore si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno del limite procapite assegnato.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.2	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi
Indicatore	E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Contabilità e controlli gestionali	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Contribuire alla sostenibilità economico-finanziaria del SSR	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Conti Economici / CEPA
Metodo di calcolo	Confronto tra risultato di esercizio (conto ZZ9999) del Conto Economico al 4° trimestre 2024 con il risultato economico programmato per l'anno 2024 (allegato D alla DGR n. 1617/2022)
Criterio di soddisfazione	Risultato di esercizio del Conto Economico al 4° trimestre 2024 (conto ZZ9999) >= Risultato economico programmato 2024. In caso contrario (Risultato 4° trimestre 2024 < Risultato programmato), l'obiettivo si ritiene comunque raggiunto se l'Azienda rispetta la soglia di costosità massima indicata da Area Sanità e Sociale (not. Prot. n. 609136 del 10/11/2023) e successivi provvedimenti.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi
Indicatore	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
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	100 %	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura responsabile misurazione	Servizio di vigilanza sul sistema socio sanitario (SVSS) istituito dalla legge regionale n. 21 del 5 agosto 2010, presso il Consiglio regionale

Tipo indicatore	quaLitativo
-----------------	-------------

Scheda Misurazione

Significato dell'indicatore	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". E' richiesto, pertanto, di ottemperare a tutte le richieste che il SVSS dovesse avanzare.
-----------------------------	--

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	La documentazione inviata dalle Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale al SVSS sarà oggetto di verifica e valutazione da parte dello Stesso.
-------------------------	---

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
----------------------------	---

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

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:
 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

Scadenza

Le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale devono fornire al SVSS la documentazione richiesta entro i termini indicati dallo Stesso.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi
Indicatore	E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	UO Legislazione sanitaria e contenzioso
Struttura responsabile misurazione	RV- UO Legislazione sanitaria e contenzioso
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Rispetto adempimenti previsti da art. 20 (comma 1 e 2) e art. 33. D. Lgs. 33/2013.

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	1) Invio delle dichiarazioni dei DD.GG. relative all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità; 2) Pubblicazione delle dichiarazioni dei DD.GG. relative all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità; 3) Pubblicazione dei rispettivi PTPCT aziendali, nonchè l'indicazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza; 4) Pubblicazione delle attestazioni dell'OIV relative all'assolvimento degli obblighi di trasparenza e integrità secondo la normativa vigente e le linee guida ANAC
Soddisfazione della soglia	L'obiettivo si ritiene soddisfatto con l'invio ad area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e p.c. a legislazionesanitaria@regione.veneto.it le dichiarazioni di cui al punto 1) entro il 15/06/2024 e con l'invio a legislazionesanitaria@regione.veneto.it dei link relativi alla pubblicazione nei siti aziendali dei documenti di cui ai punti 2) 3) 4) entro 15 giorni dalla scadenza stabilita per l'attestazione da parte dell'OIV dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.
Scadenza	Invio entro il 15/06/2024 per il punto 1 e entro 15 gg dalla scadenza per l'attestazione dell'OIV per i punti 2),3) e 4).

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi
Indicatore	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
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Risorse Umane SSR
Struttura responsabile misurazione	RV-U.O. Relazioni sindacali, monitoraggio dotazioni, fabbisogni e costi

Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Rispetto delle Direttive Regionali sui limiti di costo per il personale.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	HR Suite di GPI Informatica.
Metodo di calcolo	<p>Per il calcolo della spesa del personale: 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.</p> <p>Per il calcolo della variazione dei residui dei fondi della dirigena area sanità si considera il dato di spesa per il Fondo per la retribuzione degli incarichi Area della Sanità cod 394 e per il Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro Area della Sanità cod 396.</p> <p>Per il Fondo per la retribuzione di risultato Area della Sanità cod 395 sarà successivamente verificato il residuo al termine del ciclo di valutazione di budget e individuale che determina la liquidazione delle relative quote.</p> <p>Al fine della corretta valutazione rispetto ai residui generati verrà comunque fatta una valutazione rispetto agli incrementi dovuti all'applicazione del nuovo CCNL dell'Area Sanità del 23/01/2024 a valere sugli anni 2023 e 2024.</p> <p>Sarà effettuata l'analisi delle voci di spesa finanziate dal fondo per la retribuzione degli incarichi e il fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro.</p> <p>In particolare: per la Consistenza del Fondo: Economico→Bilancio e Fondi→Parametri→Valore dei fondi</p> <p>In tale sezione dovranno essere inserite nel dettaglio tutte le risorse previste dai CCNL che determinano il valore del fondo a disposizione. Il dettaglio richiesto è almeno quello della tabella 15 del Conto Annuale.</p> <p>Costo complessivo per Fondo: Economico→Bilancio e Fondi→Fondi</p> <p>In tale sezione saranno verificate le voci di utilizzo e i relativi importi.</p> <p>Il dato indicato in tale sezione riporta la spesa effettiva riferita all'ultima elaborazione mensile e la proiezione di spesa per i mesi mancanti dell'anno di competenza.</p> <p>Verrà richiesto trimestralmente l'invio delle stampe prodotte dalla procedura HR Suite di GPI con certificazione del Direttore Generale.</p> <p>Le stampe richieste sono le seguenti: da Economico→Bilancio e Fondi→Fondi, indicare anno di competenza, selezionare i</p>

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

codici 394 e 396 e cliccare su stampa selezionati.
--

Criterio di soddisfazione

<p>L'indicatore è raggiunto se sono rispettate entrambe le seguenti condizioni: rispetto del limite di spesa per il personale definito con DDR relativo al 2024 e variazione diminutiva dei residui dei fondi della dirigena area sanità rispetto all'esercizio precedente.</p> <p>Verrà richiesto trimestralmente l'invio delle stampe prodotte dalla procedura HR Suite di GPI con certificazione del Direttore Generale.</p>

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.4	Miglioramento dei processi sanitari
Indicatore	E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	indicazioni del Gruppo di lavoro	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura responsabile misurazione	AZO-Contabilità e controlli gestionali
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	Scheda_E.4.S.1
Significato dell'indicatore	Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale (disponibile in cartella specifica di indicatore) è stato nominato un gruppo di lavoro composto da esperti in ambito chirurgico, per fornire adeguato supporto alle Aziende sanitarie nell'applicazione delle linee di indirizzo di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome rep. Atti n. 100/CSR del 9 luglio 2020, finalizzato a conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza delle Aziende e degli Enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da erogarsi in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Il Gruppo di lavoro sul percorso del paziente chirurgico, definisce gli obiettivi per migliorare la misurazione dell'attività di Sala Operatoria e la sua valutazione. Gli obiettivi saranno riportati nella scheda di misurazione con con relative modalità di calcolo, soglia di raggiungimento e scadenza
Soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se sono rispettati gli obiettivi definiti dal Gruppo di Lavoro entro le scadenze riportate.
Scadenza	Alla fine di ciascuna scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.4	Miglioramento dei processi sanitari
Indicatore	E.4.S.2	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa Azienda
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Programmazione Sanitaria
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	Scheda_E.4.S.2
Significato dell'indicatore	Utilizzo di strategie e strumenti di efficientamento dell'attività sanitaria alla luce delle carenze di personale.

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati	
Metodo di calcolo	
Criterio di soddisfazione	

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Nelle more dell'implementazione della piattaforma regionale di telemedicina, l'Azienda dovrà compilare la "scheda_E.4.S.2" allegata al vademecum accompagnandola da una relazione sulle criticità nell'applicazione della telerefertazione entro il 30/06/2024 o entro 3 mesi dalla prima telerefertazione e relazione finale al 31/12/2024.
Soddisfazione della soglia	Invio della scheda tecnica compilata e della relazione accompagnatoria entro il termine previsto.
Scadenza	30/06/2024 o entro 3 mesi dalla prima telerefertazione e 31/12/2024.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.4	Miglioramento dei processi sanitari
Indicatore	E.4.S.3	Indice di performance degenza media- drg medici (Bersaglio C2A.M)
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	<= - 0,3	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network; 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.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: Sommatoria delle differenze tra giornate di degenza osservate e giornate di degenza attese per DRG medici Denominatore: N. Dimissioni per DRG medici Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php : 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. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. 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. La degenza di riferimento è la degenza media 2016 del network delle regioni.
Criterio di soddisfazione	<= - 0,3

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.4	Miglioramento dei processi sanitari
Indicatore	E.4.S.4	Indice di performance degenza media- drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	<= - 0,27	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo

Scheda Misurazione

Significato dell'indicatore	L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata in un determinato periodo per la stessa tipologia di ricovero; 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.
-----------------------------	--

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese) per DRG chirurgici Denominatore: N. Dimissioni per DRG chirurgici Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php : Si considerano solo i ricoveri ordinari chirurgici 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); - dimessi con DRG 391 - Neonato normale; - deceduti ; - che si dimettono volontariamente ; - con durata della degenza superiore a 365 giorni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. 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. La degenza di riferimento è la degenza media 2016 del network delle regioni. Per il calcolo delle Aziende Territoriali sono incluse anche le strutture private accreditate (nessuna selezione sull'onere della degenza).
Criterio di soddisfazione	<= - 0,27

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.5	Promozione dei processi di eccellenza
Indicatore	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
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Miglioramento della sperimentazione clinica.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Piattaforma studi clinci CRMS
Metodo di calcolo	<p>Indicatore 1: Studi multicentrici profit approvati (sperimentazioni cliniche con medicinali, studi osservazionali con farmaco e indagini cliniche con DM e IVD) in cui l'IRCCS IOV è coordinatore (capofila): aumento rispetto al valore del 2023.</p> <p>Indicatore 2: Studi no profit approvati (sperimentazioni cliniche con medicinali, studi osservazionali con farmaco e indagini cliniche con DM e IVD) in cui l'IRCCS IOV è promotore: aumento del numero di studi approvati dal CET/autorità competente rispetto al 2023.</p>
Criterio di soddisfazione	<p>Indicatore 1: Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato dall'azienda risulta >3</p> <p>Indicatore 2: Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato dall'azienda risulta in miglioramento rispetto all'anno precedente</p>

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.5	Promozione dei processi di eccellenza
Indicatore	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
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Razionalizzazione costi per farmaci radioterapici

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Relazione sull'avvio della produzione radiofarmaci PET da inviare a AZO -Governo Clinico (governo.clinico@azero.veneto.it) e a RV Assistenza farmaceutica (assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it) entro il 30/04/2024. La relazione dovrà contenere un dettagliato cronoprogramma delle attività già svolte e quelle ancora da svolgere, per l'avvio della produzione entro il 31/03/2024.
Soddisfazione della soglia	Avvio produzione radiofarmaci PET già convalidati entro il 31/03/2024 e invio relazione entro il 30/04/2024.
Scadenza	Avvio 31/03/2024 e relazione entro il 30/04/2024.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	E.5	Promozione dei processi di eccellenza
Indicatore	E.5.S.3	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: riduzione dei costi come da previsione
Linea Strategica	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Razionalizzazione costi per farmaci radioterapici.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Relazione sulla razionalizzazione dei costi per farmaci radioterapici da inviare a AZO-Governo Clinico (governo.clinico@azero.veneto.it) e ad Assistenza farmaceutica (assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it) entro il 31/01/2025.
Soddisfazione della soglia	Riduzione dei costi come da previsione CRITE.
Scadenza	Invio relazione entro il 31/01/2025 o entro i termini indicati da DFPDM.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	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
Indicatore	Q.01.P.1	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'obiettivo del progetto SPiNCAR (Supporto al Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza) è di orientare in una direzione comune le azioni di Regioni e Aziende sanitarie per il contrasto all'antimicrobico-resistenza. Compilando il questionario, coloro che erogano servizi sanitari a livello regionale e aziendale possono valutare in modo dettagliato punti di forza e criticità dei propri programmi rispetto a standard omogenei ed essere supportati nello sviluppo di piani di miglioramento.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Piattaforma SPiNCAR nazionale (https://www.spincar.it/)
Metodo di calcolo	Punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR compilato sull'apposita piattaforma nazionale (https://www.spincar.it/)
Criterio di soddisfazione	Punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale. Il questionario deve essere compilato secondo la scadenza dettata a livello nazionale sulla piattaforma SPiNCAR (https://www.spincar.it/)

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.2	Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023
Indicatore	Q.02.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria	
Struttura responsabile misurazione	RV-UO Prevenzione - Sanità pubblica 	
Tipo indicatore	quaNtitativo	

Scheda Misurazione

Significato dell'indicatore	L'indicatore intende misurare lo stato di attuazione nel proprio territorio dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP) avviati nel territorio di riferimento, con particolare riferimento alla fase dell'ispezione mediante sopralluogo in azienda. I PMP, previsti tra gli obiettivi del PNP 2020-2025 e del relativo Piano Regionale della Prevenzione, 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. L'indicatore è in continuità con l'anno precedente è finalizzato a valorizzare la necessaria fase di verifica delle misure attuate dalle singole imprese coinvolte nel PMP nonché la fase di assistenza, con restituzione degli esiti e raccolta delle buone pratiche emerse.
-----------------------------	--

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Sistema informativo SIPRAL
Metodo di calcolo	N. imprese oggetto di sopralluogo coinvolte in un PMP / N. imprese totali coinvolte in un PMP. Le imprese coinvolte in un PMP, per poter essere correttamente conteggiate, devono essere registrate utilizzando l'apposita funzione ("fascicolo PMP").
Criterio di soddisfazione	L'indicatore è raggiunto se: 1) % di imprese coinvolte in un PMP oggetto di sopralluogo >= 80% nelle imprese che non hanno risposto o che non hanno completato i questionari da restituire; 2) % imprese coinvolte in un PMP oggetto di sopralluogo >= 20% nelle imprese che hanno completato i questionari da restituire, secondo le priorità definite a livello regionale. Si precisa che devono essere soddisfatte entrambe le soglie. Si precisa che le soglie si riferiscono esclusivamente ai PMP effettuati nel settore del legno, della logistica e della metalmeccanica. Si precisa infine che non saranno considerate imprese cessate e imprese appartenenti a settori produttivi non attinenti al PMP in oggetto. Scadenze: Per il monitoraggio intermedio (I semestre): scadenza 31/07/2024 Per il monitoraggio finale (II semestre): scadenza 31/01/2025

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Soddisfazione della soglia
Scadenza	

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.3	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria
Indicatore	Q.03.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	Scheda_Q.3.P.1
Significato dell'indicatore	Mantenere attivo il ciclo della preparedness nel contesto del Piano Pandemico

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Relazione finale percorso esercitativo a prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it entro il 31/12/2024
Soddisfazione della soglia	<p>Effettuazione delle esercitazioni propedeutiche al mantenimento attivo del ciclo della preparedness nel contesto del Piano Pandemico</p> <p>Criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Simulazione di almeno 3 scenari su 5 tra quelli suggeriti -Durata minima di ogni simulazione (una per scenario) di 4 ore <p>Soglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relazione finale che attesti i criteri di cui sopra e che soddisfi le modalità ed i format definiti con specifica Nota indirizzata ai Referenti aziendali del Piano Pandemico e alle Direzioni Sanitarie, inviata dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria <p>La soglia si ritiene soddisfatta se è effettuata la simulazione di almeno 3 scenari su 5 seguendo le specifiche della Scheda_Q.3.P.1</p>
Scadenza	31/12/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.4	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target
Indicatore	Q.04.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	Scheda_Q.4.P.1
Significato dell'indicatore	Copertura relativa all'offerta vaccinale proposta alla popolazione anziana

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia L'obiettivo è considerato raggiunto se si ottiene punteggio di almeno 5 punti su 6 disponibili come da Scheda_Q.4.P.1. Fonte dati: Anagrafe Vaccinale Regionale

Scadenza Indicatori calcolati su flussi con dati riferiti fino al 31/12/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.4	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target
Indicatore	Q.04.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	>=80%	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Copertura consolidata per residenti (maschi e femmine) sulla coorte di chiamata dell'anno precedente

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Anagrafe Vaccinale Regionale
Metodo di calcolo	$[(\text{Numero di vaccinati HPV per prima dose nella coorte})/(\text{Numero di residenti della coorte} - \text{Soggetti non vaccinabili})]*100$
Criterio di soddisfazione	>=80%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.5	Sviluppo assistenza territoriale
Indicatore	Q.05.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura responsabile misurazione	AZO-Sistemi Informativi
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Alimentazione del FSE.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Fse
Metodo di calcolo	N° MMG/PLS che alimenta il FSE / n° MMG/PL. Calcolo che sarà messa a disposizione da Arsenal nella dashboard "Obiettivo DDGG 2024 Q.5.D.1 "Alimentazione FSE da parte degli MMG"
Criterio di soddisfazione	L'indicatore si ritiene soddisfatto con: 1. raggiungimento al 30/06/2024 del 30% calcolato sui mesi aprile, maggio, giugno; 2. raggiungimento al 31/12/2024 del 57,5% calcolato sui mesi ottobre, novembre dicembre.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.5	Sviluppo assistenza territoriale
Indicatore	Q.05.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)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso. Tale inappropriatezza può essere considerata una proxy delle difficoltà di accedere ai servizi della medicina territoriale. Nei territori (ASL/Regione) dove la quota di accessi in PS con codice bianco/verde è più elevata vi è meno garanzia che il livello di assistenza sia adeguatamente erogato.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso informativo delle attività di Pronto Soccorso, Istat – popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è presente anche il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.5	Sviluppo assistenza territoriale
Indicatore	Q.05.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Rispetto delle indicazioni regionali che verranno determinate con successivi provvedimenti	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	RV-UO Cure primarie e UO Assistenza ospedaliera, ambulatoriale e cure intermedie
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'indicatore consente di valutare l'adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Relazione attestante il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano di potenziamento delle Cure Palliative approvato con DGR nella giunta del 29/01/2024. Valutazione dei dati da Flusso e della documentazione prodotta.
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene raggiunto se l'Azienda trasmette la documentazione redatta secondo le indicazioni dei competenti uffici regionali.
Scadenza	Come da provvedimenti regionali.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.5	Sviluppo assistenza territoriale
Indicatore	Q.05.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	trasmissione di un flusso trimestrale per SIAR e semestrale per SICOF, coerenti con i rispettivi tracciati record	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Consentire il conferimento da parte di Regione Veneto dei dati 2024 del flusso SIAR e SICOF	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Invio flusso SIAR e invio flusso SICOF
Metodo di calcolo	Presenza e completezza informazioni inviate nei flussi SIAR e SICOF
Criterio di soddisfazione	Invio completo dei flussi entro le tempistiche definite a livello ministeriale e regionale

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali
Indicatore	Q.06.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
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Servizi Sociali
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Servizi Sociali
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Adottare un atto ricognitivo relativamente alle attività delegate dai Comuni a carico del bilancio sociale aziendale anche ai fini dell'attuazione e dello sviluppo degli degli ATS

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	L'Azienda dovrà: 1)completare il Questionario che verrà predisposto dalla Direzione Servizi Sociali della RV per la rilevazione delle attività che sono imputate al proprio bilancio sociale compilato in ogni sua parte entro il 30/06/2024; 2)inviare a servizi.sociali@regione.veneto.it il e obiettivi.dg@regione.veneto.it il verbale dell'incontro della Conferenza dei Sindaci in cui l'azienda presenta per condivisione il documento che rappresenta le attività a carico del bilancio sociale entro il 31/12/2024
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si intende raggiunto se sono soddisfatte le seguenti condizioni: 1) peso 95% se l'Azienda: - a) compila il Questionario che verrà predisposto dalla Direzione Servizi Sociali della RV per la rilevazione delle attività che sono imputate al proprio bilancio sociale in modo esaustivo entro il 30/06/2024; - b) partecipa alle attività finalizzate alla verifica, validazione dei dati inseriti nel questionario e al superamento criticità entro il 30/09/2024; - c) elabora un documento sulla programmazione, attuazione e rendicontazione delle attività a carico del bilancio sociale aziendale e lo condivide con la Conferenza dei Sindaci del proprio territorio; 2) peso 5% se l'Azienda risponde, nelle tempistiche richieste, alla stesura di contenuti informativi per il nuovo portale regionale.
Scadenza	Indicatore 1): a) questionario entro il 30/06/2024; b) attività di verifica e validazione entro il 30/09/2024; c) verbale incontro in Conferenza dei Sindaci entro il 31/12/2024 Indicatore 2): entro i tempi richiesti

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.7	Valorizzazione ruolo di hub
Indicatore	Q.07.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per Azienda sanitaria
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Capacità attrattiva delle strutture ospedaliere del Veneto

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SDO
Metodo di calcolo	Per ogni Azienda verranno definiti nella scheda di misurazione i criteri specifici dei ricoveri su cui verificare se il valore dei ricoveri ospedalieri per pazienti extraregione 2024 è maggiore o uguale al valore dei ricoveri ospedalieri pazienti extraregione 2023 distinti in strutture pubbliche e private accreditate
Criterio di soddisfazione	>=0

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.8	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita
Indicatore	Q.08.O.1	% di parti con almeno un evento avverso
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<=4%	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura responsabile misurazione	RV-Registro Nascite
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Valutazione complessiva degli esiti di salute nella madre e nel nato delle procedure legate al parto

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Certificati di Assistenza al Parto (Cedap) - Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
Metodo di calcolo	<p>AOI (ADVERSE OUTCOME INDEX)=parti con almeno un evento avverso/totale parti*100</p> <p>Eventi avversi materni: morte materna, rottura uterina, ricovero della madre in reparto di cure intensive, intervento chirurgico durante il ricovero di parto o in ricovero successivo entro 30 giorni, lacerazioni perineali di 3° e di 4° grado, trasfusione di sangue.</p> <p>Eventi avversi neonatali: morte intraparto*, morte neonatale*, ricovero nato in reparto di cure intensive**, Apgar < 7 al 5 minuto*, trauma ostetrico.</p> <p>Sono esclusi i parti avvenuti al di fuori delle strutture ospedaliere.</p> <p>*nati >=2500 grammi, senza anomalie congenite o idrope fetale</p> <p>**nati >=2500 grammi e >=37 settimane, senza anomalie congenite o idrope fetale</p>
Criterio di soddisfazione	<p>4% è il valore soglia.</p> <p>Devono diminuire del 10% i sopra soglia.</p> <p>Se i sopra soglia superano il 90° centile della distribuzione (pari a 6,5) allora devono diminuire del 15%</p>

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.9	Miglioramento della qualità del debito informativo
Indicatore	Q.09.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER_AZO-Governo Clinico	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_Q.9.S.1_SER e Scheda_Q.9.S.1_Governo Clinico	
Significato dell'indicatore	Misurazione della qualità e completezza del flusso	

Se tipo indicatore= QuanTitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

L'indicatore si ritiene soddisfatto se sono rispettate le soglie degli indicatori della scheda di misurazione. Azienda Zero calcola gli indicatori da flussi come riportato nelle schede: "Scheda_Q.9.S.1_SER" e "Scheda_Q.9.S.1_Governo Clinico". Fonte dati SDO, ADI, FAR, EMUR APS, EMUR 118, HSP FLUSSI MIN, SIAVR, SIND SISM, Flusso farmaci (DDF3 e FAROSP), Flusso consumi DM, Flusso Contratti DM, flusso Assistenza Protesica, modelli CE

Scadenza

Indicatori calcolati su flussi con dati riferiti fino al 31/12/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana
Indicatore	Q.10.S.1	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	<= 52,2% o in miglioramento	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
----------------------------------	---

Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
------------------------------------	---------------------

Tipo indicatore	quaNtitativo
-----------------	--------------

Scheda Misurazione

Significato dell'indicatore	Il processo di ricognizione-riconciliazione-revisione terapeutica e deprescribing è importante per ridurre gli errori terapeutici e il rischio di eventi avversi.
-----------------------------	---

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso di consumo farmaci (convenzionata, art. 50 c. 5 e distribuzione diretta)
------------	---

Metodo di calcolo	<p>1 - La verifica riguarderà il rispetto della soglia considerando i consumi territoriali (metodologia OCSE). La verifica del rispetto della soglia riguarderà i consumi territoriali (convenzionata, art. 50 c. 5 e diretta DDF-3) secondo la metodologia OCSE (https://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf). Numeratore: n. pazienti di età ≥ 75 anni (al 1° gennaio dell'anno di riferimento) con uso cronico di almeno 5 farmaci con codici ATC diversi al quarto livello (es. A10BA) durante l'anno di riferimento. Per uso cronico si intende un'erogazione di farmaco per più di 90 giorni di terapia o di almeno quattro confezioni nel periodo di riferimento. Sono esclusi gli antibiotici (ATC J01) perché prescritti quasi esclusivamente per le infezioni acute e i farmaci dermatologici ad uso topico in quanto generalmente non interagiscono con altri farmaci ad azione sistemica.</p> <p>Denominatore: n. di pazienti di età ≥ 75 anni (al 1° gennaio dell'anno di riferimento) che ha ricevuto almeno una erogazione di farmaco nel periodo di analisi.</p> <p>Indicatore di osservazione:</p> <p>2 - Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito ospedaliero rispetto al 2023 in linea con il Piano PNCAR.</p>
-------------------	--

Criterio di soddisfazione	<p>- Ind.1: Si ritiene soddisfatto se il valore rilevato rimane all'interno della soglia ed è in miglioramento rispetto all'anno precedente.</p> <p>Indicatore di osservazione:</p> <p>- Ind.2: Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 3,5% rispetto al 2022 o consumo inferiore alla media 3 migliori performance 2023.</p> <p>Numeratore: DDD farmaci antibiotici (ATC: J01) erogate in regime di ricovero (farosp) nell'anno (x 100); Denominatore: giornate di degenza.</p>
---------------------------	--

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita
Indicatore	Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Consolidare e rendere sistemico il sistema di rilevazione dell'esperienza di pazienti e operatori al fine di definire strategie per il miglioramento dei servizi offerti	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Verrà verificata da Azienda Zero il rispetto di quanto previsto nella scheda di misurazione
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se tutte le azioni vengono effettuate entro i tempi previsti
Scadenza	

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.12	Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati
Indicatore	Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Struttura responsabile misurazione	AZO-Affari legali, convenzioni e assicurazioni SSR
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Le Aziende devono monitorare e verificare quanto sottoscritto negli accordi.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	L'Azienda deve compilare la scheda di rilevazione che sarà comunicata da AZO-Affari legali, convenzioni e assicurazioni SSR a seguito dell'approvazione della Dgr riguardante lo schema di accordo contrattuale.
Soddisfazione della soglia	L'obiettivo si ritiene soddisfatto se viene compilata la scheda di rilevazione, definita dalla U.O. Affari legali, convenzioni e assicurazioni SSR, in modo completo e nelle tempistiche richieste.
Scadenza	Entro i termini che saranno comunicati di AZO-Affari legali, convenzioni e assicurazioni SSR.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.13	Potenziamento dell'Assistenza Territoriale
Indicatore	Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	>= 10%	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Risorse Umane SSR
Struttura responsabile misurazione	RV-U.O. Relazioni sindacali, monitoraggio dotazioni, fabbisogni e costi

Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Verificare l'effettiva realizzazione dell'obiettivo per cui è stato assegnato un incremento del limite di spesa alle aziende "destinato" al potenziamento dell'assistenza territoriale, così come previsto dal art 1 comma 274 della Legge 234/2021.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	HR Suite GPI informatica
Metodo di calcolo	(Personale in servizio presso i servizi territoriali al 31/12/2024 - Personale in servizio presso i servizi territoriali al 31/12/2022)/ personale in servizio presso i servizi territoriali al 31/12/2022 *100 FTE delle unità operative afferenti ai codici
Criterio di soddisfazione	Differenza tra personale in servizio presso i servizi territoriali al 31/12/2024 e personale in servizio presso i servizi territoriali al 31/12/2022 >= 10%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.1	Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti ≥ 65 anni (Bersaglio C14.4)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	$\leq 3,00$	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo ("valore soglia di un DRG") previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico per un ricovero. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (ad es., mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012).

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SDO
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: N. di ricoveri medici oltre soglia x 100 Denominatore: N. di ricoveri medici</p> <p>Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php: Si considerano le soglie ministeriali. Per i DRG 557, 558, 559, 577 (privi di soglia ministeriale) si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010 Si considerano i pazienti di età ≥ 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28 56, 60, 75, 99). Per il calcolo delle Aziende Territoriali sono incluse anche le strutture private accreditate (nessuna selezione sull'onere della degenza).</p>
Criterio di soddisfazione	$\leq 3,00$

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.2	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore (Bersaglio C16.4)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	>= 90	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo

Scheda Misurazione

Significato dell'indicatore	<p>L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento dell'assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto.</p> <p>Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso.</p>
-----------------------------	---

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso Pronto Soccorso
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: N. accessi in PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore Denominatore: N. accessi inviati al ricovero</p> <p>Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php: Si considerano gli accessi con esito: ricovero in reparto di degenza (codice EMUR esito=2) trasferimento ad altro istituto (codice EMUR esito=3) Al numeratore si considerano gli accessi con i tempi di permanenza inferiori o uguali a 479 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi con tempo di permanenza negativi e oltre le 72 ore inviati in Osservazione Breve. Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione.</p>
Criterio di soddisfazione	>= 90

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.3	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore (Bersaglio C16.4.1.N)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	>= 92,00	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione a domicilio o a strutture ambulatoriali. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso Pronto Soccorso
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: N. di accessi in Pronto Soccorso dimessi al domicilio con permanenza <=8 ore</p> <p>Denominatore: N. di accessi in Pronto Soccorso dimessi al domicilio</p> <p>Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.phpNote: Il tempo di permanenza è calcolato come: data ora dimissione-data ora triage. Le ore sono calcolate come intero dell'ora e si considerano validi gli accessi fino alle 7 ore, 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi dal computo: gli accessi con tempo di permanenza minore di 0 gli accessi con attivazione di OBI sono esclusi dal calcolo, a prescindere dall'esito alla chiusura della scheda gli accessi con data ora triage o data ora dimissione mancante. Si considerano dimessi al domicilio tutti gli accessi con esito 1 "dimesso al domicilio" e 8 "dimesso a strutture ambulatoriali".</p>
Criterio di soddisfazione	>= 92,00

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.4	Consumo di antibiotici nei reparti (Bersaglio C9.12)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<= 58,69	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Un uso inappropriato delle terapie antibiotiche può generare un aumento delle resistenze locali, è quindi importante il monitoraggio dei consumi di questi farmaci in ambiente ospedaliero.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso farmaceutica ospedaliera
Metodo di calcolo	Numeratore: N. DDD di antibiotici erogati nei reparti (x100) Denominatore:N. complessivo di giornate di degenza Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php Note : I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. Si considera SOLO l'erogazione in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital. Sono inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza. Per i reparti ad attività mista (ricovero e ambulatorio): se possibile risalire all'erogazione nella sola attività di ricovero, tramite codice disciplina e progressivo, includere il consumo al numeratore. (Se ciò non è possibile, escludere il consumo del reparto e dal denominatore le relative giornate di degenza). I dati sono espressi per azienda erogatrice.
Criterio di soddisfazione	<= 58,69

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<= 3,68	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Metodo di calcolo	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Criterio di soddisfazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.6	H12C - Percentuale di ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<= 3,47	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Le riammissioni in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione da un precedente ricovero, per cause attribuite alla stessa macrocategoria diagnostica, sono individuate come indicatore proxy della qualità dell'assistenza, perché possibili conseguenze di una gestione insoddisfacente del processo di assistenza durante il ricovero precedente

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è presente anche il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 3,47

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.7	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<= 2,66	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Metodo di calcolo	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Criterio di soddisfazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
 Soddisfazione della soglia
 Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.14	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere
Indicatore	Q.14.O.8	Percentuale di attrazioni extra-regione - DRG alta complessità (Bersaglio C30.3.2.2)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	>= 18,81	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale. Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle AOU di essere attrattive per l'attività considerata di alta complessità.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SDO
Metodo di calcolo	<p>Numeratore: Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità</p> <p>Denominatore: Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità</p> <p>Scheda di calcolo e note in https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php</p> <p>Indicatore AOU: l'indicatore è calcolato per le AOU generaliste/pluri-specialistiche. Si escludono i dimessi dalle specialità 28, 56, 60, 75, 99; Si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG: 1, 2, 3, 7, 49, 75, 76, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 146, 147, 149, 156, 191, 192, 193, 286, 292 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 293 in associazione ai codici intervento principali o secondari 52.80 o 52.81 o 52.83, 302, 303, 304, 353, 357, 386, 387, 401, 403, 405, 406, 442, 471, 473, 480, 481 in associazione ai codici intervento principali o secondari 41.02 o 41.03 o 41.05 o 41.06 o 41.08, 484, 485, 486, 488, 491, 495, 496, 497, 498, 504-09, 512, 513, 515, 519, 520, 525, 528, 529, 530, 531, 532, 535, 536, 539, 541-51, 565, 569, 570, 573, 575, 578. Le selezioni, ad eccezione delle associazioni dei DRG 292 e 293, fanno riferimento alla casistica definita di «Alta complessità» nel documento «Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività dell'anno 2012». Al numeratore si considerano i ricoveri (RO e DH) per DRG ad Alta complessità erogati per residenti fuori regione (cittadini stranieri compresi). Al denominatore si considerano i ricoveri totali (RO e DH) di Alta complessità erogati. Sono escluse le strutture con denominatore < 30.</p>
Criterio di soddisfazione	>= 18,81

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	Q.15.O.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<= 3,39	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Metodo di calcolo	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Criterio di soddisfazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
 Soddisfazione della soglia
 Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	Q.15.O.2	Segnalazione potenziali donatori di organo
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	> 0,7 presidi con neurochirurgia > 0,6 presidi senza neurochirurgia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Metodo di calcolo	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Criterio di soddisfazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	Q.15.O.3	Candidati trapianto rene da donatore vivente
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	>= 7 coppie (Aziende con centro trapianti di rene); >= 5 coppie (Aziende senza centro trapianti di rene)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Metodo di calcolo	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Criterio di soddisfazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	Q.15.O.4	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<=37,5 o trend in diminuzione	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuanTitativo

Fonte dati	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Metodo di calcolo	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Criterio di soddisfazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	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 Cardiochirurgia)"
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	>50% per AOU PD, >90% AUOI VR, =100% IOV	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Soddisfazione della soglia	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scadenza	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	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"
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Tipo indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Soddisfazione della soglia	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23
Scadenza	vedi Scheda Metodologica indicatore allegato A2 DGR 1682/23

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV
Indicatore	Q.15.O.7	Completamento del percorso di monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	I PDTA rappresentano lo strumento di riferimento per la gestione dei pazienti all'interno delle reti cliniche e, oltre ad essere aggiornati periodicamente, vanno contestualizzati nelle singole realtà aziendali.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Stesura di una relazione a dimostrazione del completamento dell'attuazione aziendale dei PDTA. La relazione dovrà indicare il formale recepimento dei PDTA, la nomina del referente aziendale, la produzione di una procedura aziendale, le modalità di diffusione della stessa, nonché le attività formative svolte, l'attività di audit, l'applicazione di azioni di miglioramento a seguito del monitoraggio degli esiti, la strategia per la diffusione degli stessi, il coinvolgimento di strutture accreditate e delle associazioni di volontariato.
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si intende soddisfatto se entro il 30.09.2024 è inviata ad AZO (governo.clinico@azero.veneto.it) e RV - Direzione Programmazione sanitaria (programmazione sanitaria@regione.veneto.it) la relazione su tutti i requisiti richiesti a dimostrazione del recepimento di n. 5 PDTA, comprensivi di set di indicatori di monitoraggio e al 31.1.2025 vengano calcolati gli indicatori proposti.
Scadenza	30/09/2024 e 31/01/2025

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.16	Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza
Indicatore	Q.16.S.1	% di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Struttura responsabile misurazione	RV-DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO SSR
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Miglioramento della sperimentazione clinica e della produzione scientifica ad essa connessa

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	L'azienda è tenuta a inviare entro il 30.06.2024 una relazione sulla produzione scientifica dalla quale si evinca il n. di pubblicazioni scientifiche 2023 indicizzate in Scopus e realizzate dai propri dirigenti dipendenti e/o dal personale universitario convenzionato per le funzioni assistenziali con l'azienda, distinguendo quelle singole da quelle frutto di collaborazioni istituzionali, nazionali e internazionali sulla base dell'affiliazione degli autori. Entro il 31.01.2025, l'azienda deve fornire la medesima relazione con i dati 2024 e verificare almeno la variazione rispetto all'anno precedente del numero di pubblicazioni totali e di quelle frutto di collaborazioni.
Soddisfazione della soglia	Aumento della produzione scientifica totale rispetto al 2023. Aumento della produzione scientifica frutto di collaborazioni istituzionali, nazionali e internazionali sul totale delle pubblicazioni rispetto ai dati 2023.
Scadenza	Prima relazione con dati 2023 da inviare a obiettivi.dg@regione.veneto.it entro il 30/06/2024. Seconda relazione con dati 2024 da inviare a obiettivi.dg@regione.veneto.it entro il 31/01/2025.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.16	Promozione dei processi per la ricerca
Indicatore	Q.16.S.2	% pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Miglioramento della sperimentazione clinica

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	<p>Indicatore 1: La verifica riguarderà l'area oncologica e onco-ematologica (UOC oncologia e ematologia). Le aziende dovranno fornire un report a fine anno riguardo il n. di pazienti inseriti in studi clinici (sperimentazioni di medicinali, studi osservazionali con farmaco, indagini cliniche con DM/IVD) rispetto ai pazienti in carico alle UOC nel 23 e nel 24. Indicatore 2: Monitoraggio introiti per studi clinici interventistici e osservazionali con farmaco o dispositivo medico profit. Registrazione delle fatture incassate nella sezione Fatturazione del CRMS, per sperimentazioni interventistici e osservazionali con farmaco o dispositivo medico profit in corso nell'anno di riferimento. Sono escluse dal calcolo sperimentazioni non ancora avviate o concluse. Indicatore 3: Monitoraggio soggetti arruolati in studi clinici- Aggiornamento al 2024 della sezione Monitoraggio del CRMS per studi clinici interventistici e osservazionali con farmaco o dispositivo medico approvati tra il 20 e il 23, tramite aggiornamento schede "avvio" e "stato di avanzamento". Per sperimentazioni chiuse nel 23 e 24 aggiornamento della scheda "fine dello studio nel centro". Si precisa che è obbligatoria la compilazione del numero di pazienti arruolati.</p>
Soddisfazione della soglia	<p>L'obiettivo si ritiene soddisfatto dopo aver valutato complessivamente i 3 indicatori rispetto ai criteri soglia:</p> <p>Indicatore 1: Trasmissione report entro il 31.01.2025 a UOC Governo Clinico (governo.clinico@azero.veneto.it) e Assistenza Farmaceutica (assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it) che dimostri un aumento della percentuale nel 2024.</p> <p>Indicatore 2: Valore complessivo fatture registrate in CRMS nell'anno di riferimento > 80% rispetto a quanto riportato nel questionario annuale di rendicontazione economica richiesto dalla Direzione Farmaceutica alle AS.</p> <p>Indicatore 3: Studi con monitoraggio aggiornato > 90%.</p>
Scadenza	31/01/2025

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.17	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto
Indicatore	Q.17.S.1	Attività di supporto all'area: rete regionale delle UFA
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Adeguamento alle disposizioni normative regionali/nazionali relative alla rete delle UFA

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Lo IOV, in collaborazione con CRAO, a completamento dell'obiettivo assegnato nel 2023 sulla mappatura della rete delle UFA, supporterà l'area della Sanità e la Dir Farmaceutico nel definire il fabbisogno delle UFA regionale, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, verificandone gli standard tecnici, logistici, informatici, procedurali e di qualità esistenti, adeguandoli alla vigente normativa e definendo criteri per la classificazione dei livelli di complessità delle UFA, sulla base anche dei volumi di attività, al fine di redigere un tariffario regionale.
Soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta con l'invio di una relazione che dettagli le informazioni richieste da inviare a Governo Clinico e in conoscenza alla DFPDM entro le tempistiche concordate o entro il 31.1.2025
Scadenza	Entro le tempistiche concordate o entro il 31/01/2025

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	Q.17	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto con il supporto della Rete Oncologica Veneta (ROV)
Indicatore	Q.17.S.2	Profilazione molecolare: efficientamento ed economicità dei pannelli molecolari con il supporto del Molecular Tumor Board (MTB)
Linea Strategica	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici
Struttura responsabile misurazione	AZO-Governo Clinico
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Utilizzo efficiente dei pannelli molecolari

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Lo IOV, in collaborazione con CRAO, sede dell'MTB, in collaborazione con la RAP (Rete Anatomie Patologiche) e il CRAV, sulla base dell'analisi svolta nell'anno 2023, mapperà l'impiego dei pannelli molecolari in tutta la regione ai fini della verifica di congruità rispetto alla DGR 655/2018; ciò sia al fine della stesura di un documento riportante le caratteristiche tecniche necessarie per la predisposizione di un capitolato ai fini di un'acquisizione centralizzata dei pannelli molecolari, sia al fine della definizione di un costo a prestazione.
Soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta con l'invio di una relazione a Governo Clinico e per conoscenza alla Direzione Farmaceutico entro le tempistiche concordate o entro il 31/01/2025, che evidenzi: <ul style="list-style-type: none"> - la mappatura dell'uso dei pannelli in tutta la regione; - la definizione di criteri per la formulazione di un capitolato di gara per acquisizione centralizzata - la definizione di un costo a prestazione.
Scadenza	Entro le tempistiche concordate o entro il 31/01/2025

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	>90%	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Rispetto della tempistica indicata nella classe di priorità assegnata	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SPS
Metodo di calcolo	Come riportato nel cruscotto di monitoraggio TA dove è presente il valore calcolato.
Criterio di soddisfazione	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti > 90%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.1.D.2	
Significato dell'indicatore	Rispetto della tempistica indicata nella classe di priorità assegnata	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SPS
Metodo di calcolo	Come riportato nel cruscotto di monitoraggio TA dove è presente il valore calcolato.
Criterio di soddisfazione	Soglie e criteri saranno definite per trimestre/semestre dalla Cabina di regia TA e riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.1.D.3	
Significato dell'indicatore	Rispetto della tempistica indicata nella classe di priorità assegnata	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso SPS
Metodo di calcolo	Come riportato nel cruscotto di monitoraggio TA dove è presente il valore calcolato.
Criterio di soddisfazione	Soglie e criteri saranno definite per trimestre/semestre dalla Cabina di regia TA e riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.1.D.4	
Significato dell'indicatore	Monitoraggio dei volumi di presa in carico per classe di priorità	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso galleggiamenti
Metodo di calcolo	Come riportato nel cruscotto di monitoraggio TA dove è presente il valore calcolato.
Criterio di soddisfazione	Soglie e criteri saranno definite per trimestre/semestre dalla Cabina di regia TA e riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.1.D.5	
Significato dell'indicatore	Monitoraggio dei volumi di presa in carico per classe di priorità	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso galleggiamenti
Metodo di calcolo	Come riportato nel cruscotto di monitoraggio TA dove è presente il valore calcolato.
Criterio di soddisfazione	Soglie e criteri saranno definite per trimestre/semestre dalla Cabina di regia TA e riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.1.D.6	
Significato dell'indicatore	Monitoraggio dei volumi di presa in carico per classe di priorità	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso galleggiamenti
Metodo di calcolo	Come riportato nel cruscotto di monitoraggio TA dove è presente il valore calcolato.
Criterio di soddisfazione	Soglie e criteri saranno definite per trimestre/semestre dalla Cabina di regia TA e riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	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
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.1.D.7	
Significato dell'indicatore	Miglioramento della presa in carico dei pazienti e in particolare quelli oncologici	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

% di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita calcolato come sarà riportato nel cruscotto di monitoraggio TA e rispetto alle soglie definite trimestralmente/semestralmente dalla Cabina di regia TA. Per la presa in carico del paziente oncologico sarà monitorato il raggiungimento delle indicazioni fornite dalla Cabina di Regia la stipula dell'accordo con lo IOV

Scadenza

Soglie, criteri e scadenze saranno definite per trimestre/semestre dalla Cabina di regia TA e riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	AZO-SER_AZO-Contabilità e controlli gestionali	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Favorire la corresponsabilità al raggiungimento del miglioramento dei tempi di attesa per gli assistiti	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Invio a obiettivi.dg@regione.veneto.it e ospedaliera.ambulatoriale@regione.veneto.it degli accordi e del 1° report di monitoraggio mensile delle attività oggetto di accordo
Soddisfazione della soglia	Formalizzazione di un accordo tra Azienda ospedaliera/IRCSS e Azienda/e sanitaria/e territoriale/i di riferimento per la quantificazione delle prestazioni da garantire e condivisione delle azioni da attuare congiuntamente per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa ed efficientamento delle modalità organizzative con particolare riferimento alla prenotazione e alle modalità di accesso del cittadino.
Scadenza	Stipula e trasmissione accordo entro 31/03/2024 Condivisione del monitoraggio mensile concordato dal 30/05/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.9	Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Programmazione Sanitaria
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Invio a obiettivi.dg@regione.veneto.it e ospedaliera.ambulatoriale@regione.veneto.it degli accordi con le aziende e rendicontazione delle prenotazioni effettuate da iov a fine anno
Soddisfazione della soglia	Invio a obiettivi.dg@regione.veneto.it e ospedaliera.ambulatoriale@regione.veneto.it di almeno 4 accordi stipulati con le aziende sanitarie relativo alla numerosità di prestazioni prenotabili in agenda ulss da parte di iov da mettere a disposizione per la presa in carico del paziente oncologico e allo strumento da utilizzare per la prenotazione e per il monitoraggio entro 30/05/2024. Al 31/12/2024 verrà verificato il numero di prestazioni prenotate da iov su agende aziende rispetto alla numerosità prevista nell'accordo
Scadenza	Stipula e trasmissione accordi con almeno 4 aziende entro il 30/05/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Indicatore	S.1.D.10	Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per Azienda sanitaria
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Programmazione Sanitaria
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Breve relazione che espliciti la metodologia utilizzata per determinare il fabbisogno dello IOV relativamente alle disponibilità nelle agende delle Aziende ULSS per prestazioni di presa in carico dei pazienti e la definizione della numerosità da rendere disponibile con le aziende interessate.
Soddisfazione della soglia	Invio a obiettivi.dg@regione.veneto.it e ospedaliera.ambulatoriale@regione.veneto.it della relazione
Scadenza	scadenza semestrale (giugno e dicembre), con invio il mese successivo

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera
Indicatore	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)
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
Tipo indicatore	quaLitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nell'accordo di programma e nel Contratto Istituzionale di Sviluppo

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Provvedimenti/atti approvativi; SAL/certificato di ultimazione lavori del Direttore dei Lavori
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto se sono rispettate tutte le seguenti indicazioni: 1) Interventi ex art. 20 accordo di programma 14/02/2022 e successive rimodulazioni: Trasmissione alla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva dei progetti a base d'appalto validati e approvati entro il 15/07/2024; 2) interventi ex DL 34/2020: Rispetto della pianificazione condivisa con la Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva (come da ultimo aggiornamento rif. monitoraggio Mds 31/12/2023) 3) Bunker di radioterapia P.O. Castelfranco Veneto: avanzamento dei lavori all'80% Gli interventi sono valutati nei cronoprogrammi art. 20 e Monitoraggi Mensili trasmessi al Mds DL n. 34.
Scadenza	1) 15/07/2024; 2) e 3) 31/12/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera
Indicatore	S.2.O.2	Interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Valorizzazione degli investimenti per l'innovazione e ammodernamento del SSSR

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	SAL e atti approvativi
Soddisfazione della soglia	AOUPD: avanzamento lavori al 70% cantiere di pediatria AOUIVR: predisposizione dei documenti di prefattibilità delle alternative progettuali degli interventi della DGR n. 1121/2023
Scadenza	31/12/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Tipo indicatore	qualitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.3.S.1	
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo	

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	SAL/certificato di ultimazione lavori del Direttore dei Lavori
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto nella misura in cui sono rispettati i seguenti sub-indicatori: 1) partecipazione alle attività formative e rispetto delle indicazioni regionali di concerto con Unità di coordinamento PNRR riportate aggiornate nella scheda di misurazione: peso 20% 2) rispetto della pianificazione condivisa con la Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva (come da ultimo aggiornamento rif. monitoraggio al 31/12/2023): peso 75% 3) completezza e tempestività dei monitoraggi mensili verificati in Gantt/monitoraggio PNRR, Regis: peso peso 5%
Scadenza	1) 30/09/24 2) 31/12/2024 3) alla fine di ciascun mese

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Documenti di rendicontazione del target definiti nelle linee guida ministeriali
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto nella misura in cui sono rispettati i seguenti sub-indicatori: 1) entrata in funzione del 100% delle COT coerenti con il DM 77/2022 e con la D.G.R. n. 721/2023: peso 95% 2) completezza e tempestività dei monitoraggi mensili verificati in Gantt/monitoraggio PNRR, Regis: peso 5%:
Scadenza	1) 31/03/2024 ovvero nuova scadenza approvata dal Nucleo Tecnico 2) alla fine di ciascun mese

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Logistica - Ingegneria Clinica	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Rispetto delle azioni previste per il raggiungimento di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Certificato di collaudo
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto nella misura in cui sono rispettati i seguenti sub-indicatori: 1) 100% dei collaudi con esito positivo nei tempi pianificati (come da ultimo aggiornamento rif. monitoraggio al 31/12/2023) verificati in Gantt/monitoraggio PNRR, Regis: peso 95% 2) completezza e tempestività dei monitoraggi mensili verificati in Gantt/monitoraggio PNRR, Regis: peso 5%
Scadenza	1) 31/12/2024 2) alla fine di ciascun mese

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.4	PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Tipo indicatore	qualitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo	

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	SAL del DL
Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto nella misura in cui sono rispettati i seguenti sub-indicatori: 1) rispetto di quanto pianificato nei cronoprogrammi (come da ultimo aggiornamento rif. monitoraggio al 31/12/2023): peso 95% 2) completezza e tempestività dei monitoraggi mensili: peso 5%
Scadenza	1) 31/12/2024 2) alla fine di ciascun mese

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Sistemi Informativi	
Tipo indicatore	qualitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.3.S.5	
Significato dell'indicatore	Rispetto delle azioni previste per il raggiungimento di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo	

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

1) peso 50%: rispetto della pianificazione condivisa con Azienda Zero e raggiungimento obiettivo come definito nel piano di alimentazione e implementazione del FSE (comunicato da Sistemi Informativi di Azienda Zero entro febbraio 2024. La fonte dati è la piattaforma di monitoraggio messa a disposizione da Arsenal.it.

2) peso 25%: Formazione: rispetto delle indicazioni del gruppo di coordinamento regionale comunicazione- formazione FSE-PNRR riportate aggiornate nella scheda di misurazione

3) peso 25%: Comunicazione: rispetto delle indicazioni del gruppo di coordinamento regionale comunicazione- formazione FSE-PNRR riportate aggiornate nella scheda di misurazione

Scadenza

1) 31/12/2024
2) e 3) come da scheda di misurazione

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Sistemi Informativi	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Rispetto delle azioni previste per il raggiungimento di quanto previsto nel Contratto Istituzionale di Sviluppo.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	Documento debitamente predisposto da Azienda Zero.
Soddisfazione della soglia	1) rispetto della pianificazione condivisa con Azienda Zero: peso 95% 2) completezza e tempestività dei monitoraggi mensili in Gantt/monitoraggio PNRR, Regis: peso 5%
Scadenza	1) 31/12/2024 2) alla fine di ciascun mese

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6
Indicatore	S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
----------------------------------	------------------------------------

Struttura responsabile misurazione	AZO-SER AZO-Sistemi Informativi
------------------------------------	------------------------------------

Tipo indicatore	quaLitativo
-----------------	-------------

Scheda Misurazione	Scheda_S.3.S.7
--------------------	----------------

Significato dell'indicatore	Rispetto di quanto previsto nel POR ADI (DGR 574/2023), nel POR Telemedicina (DDR 43/2023) e Modello organizzativo Telemedicina (DGR 775/2023) e valutazione dell'adeguamento alle indicazioni regionali.
-----------------------------	---

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia	L'indicatore si ritiene soddisfatto nella misura in cui sono rispettati i seguenti sub-indicatori: 1) ADI: valutazione del raggiungimento dell'obiettivo incrementale Assistiti ADI (numero di Persone >=65 anni che hanno ricevuto almeno una presa in carico di cure domiciliari) , specifico per Aziende ULSS, come verrà comunicato, al fine del raggiungimento del valore regionale del'11%, 2) ADI: rispetto delle indicazioni regionali di concerto con Unità di coordinamento -GdL "Adi-Cure palliative" riportate aggiornate nella scheda di misurazione: 3)TELEMEDICINA: valutazione del raggiungimento dell'obiettivo numero di pazienti trattati in Telemonitoraggio, specifico per Azienda ULSS, come verrà comunicato, al fine del raggiungimento del valore regionale di n. 18.601 pazienti. 4)TELEMEDICINA: rispetto delle indicazioni regionali e di concerto con Unità di coordinamento -GdL "Centrale operative territoriale e telemedicina" riportate aggiornate nella scheda di misurazione:
----------------------------	--

Scadenza	Come da provvedimenti regionali e da scheda di misurazione.
----------	---

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022
Indicatore	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
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22 laddove previste.	
Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Programmazione Sanitaria	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_S.4.D.1	
Significato dell'indicatore	L'indicatore consente di valutare il grado di 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 istituiti.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	L' Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro definisce gli obiettivi aziendali per garantire l'attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022. Gli obiettivi saranno riportati e aggiornati nella scheda di misurazione con relativi criteri di soddisfazione, soglie di raggiungimento e scadenze.
Soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se sono rispettati gli obiettivi e le indicazioni fornite dall' Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dei Gruppi di Lavoro: "Punto unico di Accesso" (DDR 47/2023), "Farmacia dei Servizi" (DDR 48/2023), "Infermiere di famiglia o comunità" (DDR 50/2023), "Medici di Medicina Generale" (DDR51/2023), "Distretto" (DDR 65/2023), "Prevenzione" (DDR 66/2023), "Centrale operativa 116 117" (DDR 86/2023).
Scadenza	Come da scheda di misurazione.

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022
Indicatore	S.4.D.2	Sviluppo modalità organizzative integrate dell'ospedale di comunità
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria
Struttura responsabile misurazione	RV-Direzione Programmazione Sanitaria
Tipo indicatore	qualitativo
Scheda Misurazione	
Significato dell'indicatore	L'indicatore va a verificare l'effettiva integrazione ospedale-territorio attraverso una presa in carico in modo continuativo del paziente tra i vari setting assistenziali e lo stato di attuazione di un'organizzazione efficiente.

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Risposta al questionario e relazione su ambiti di miglioramento.
Soddisfazione della soglia	La soglia è soddisfatta se: 1) l'Azienda invia il tempo di attesa medio di erogazione per visita specialistica/consulto e il tempo medio di attivazione intervento domiciliare per ogni trimestre. 2) l'Azienda risponde al questionario sull'organizzazione dei servizi che prevede le seguenti sezioni tematiche: Organizzazione e responsabilità; Presa in carico (modalità e iter adottato); Criteri di accoglibilità; gestione documentale degenza; gestione visite specialistiche; Ruolo del Fisiatra: Gestione delle emergenze; gestione farmaci e dispositivi; telemedicina; gestione Dimissione; entro il 31/03 o entro 2 mesi dall'attivazione dell'odc. 3) l'Azienda, a seguito dell'individuazione degli ambiti di miglioramento da parte di Regione, relaziona sui miglioramenti ottenuti entro le scadenze definite.
Scadenza	1) 30/04 (dati 31/03); 31/07 (dati al 30/06); 30/10 (dati al 30/09);31/01 (dati al 31/12) 2) 31/03 o 2 mesi dopo attivazione 3) 31/12/2024

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022
Indicatore	S.4.D.3	Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	Si (come da vademecum)	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Programmazione Sanitaria	
Struttura responsabile misurazione	RV-UO Cure primarie	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta lo stato di attuazione e implementazione dell'attività di teleconsulto della Struttura a supporto degli ospedali Spoke.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	1) Nota organizzativa con cui lo IOV individua fasce orarie per il teleconsulto in base alla richiesta da parte degli ospedali spoke; 2) autocertificazione del numero di teleconsulti effettuati al 31/12/2024
Soddisfazione della soglia	Invio a obiettivi.dg@regione.veneto.it e ospedaliera.ambulatoriale@regione.veneto.it della nota organizzativa trasmessa alle strutture coinvolte entro il 30/06/2024 e invio del numero di teleconsulti effettuati entro il 31/12/2024.

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A1 DGR 1682/23

Obiettivo	S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR
Indicatore	S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore
Linea Strategica	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
Ambito LEA	S-PROCESSI DI SUPPORTO	
Soglia	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	

Direzione Regionale Responsabile	Direzione Risorse Umane SSR	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Gestione Risorse Umane	
Tipo indicatore	quaLitativo	
Scheda Misurazione		
Significato dell'indicatore	Migliorare il monitoraggio delle scorrimento delle graduatorie concorsuali.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati

Metodo di calcolo

Criterio di soddisfazione

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare	A seguito della richiesta di Azienda Zero di verificare se lo scorrimento della graduatoria in esame sia effettivamente aggiornata alla data stabilita, l'Azienda - entro il termine indicato - deve riscontrare con le risultanze su quanto richiesto.
Soddisfazione della soglia	L'indicatore è soddisfatto se l'Azienda risponde entro i termini stabiliti da Azienda Zero che: - SI, la graduatoria è aggiornata - NO, la graduatoria non è stata utilizzata. Percentuali di raggiungimento trimestrale: - 3 controlli con esito positivi 100% - 2 controlli con esito positivi 70% - 1 controllo con esito positivo 30% - 0 controlli con esito positivi 0%
Scadenza	Almeno tre controlli a campione per trimestre, senza cadenza temporale prefissata

SCHEDE DI MISURAZIONE INDICATORI QUALITATIVI

ALLEGATO A1 DGR 1682/2023

Scheda di misurazione per gli indicatori sotto riportati						
Scheda_ ._._.__						
Scheda_E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria					
Scheda_Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata					
Scheda_S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti					
Scheda_S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti					
Scheda_S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento					
Scheda_S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento					
Scheda_S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento					
Scheda_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					
Scheda_S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"					
Scheda_S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"					
Scheda_S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"					
Scheda_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					
DATA INDICAZIONE	ORIGINE INDICAZIONE	AZIENDA	OBBIETTIVO/INDICAZIONE	SCADENZA/DATA MISURAZIONE	SOGLIA	MISURAZIONE

Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda

Scheda_E.4.S.2

Azienda ULSS	Codice prestazione	Numero di prestazioni refertate in sede ospedaliere diverse della stessa azienda

Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico

Scheda_Q.0.3.P.1

Effettuazione delle esercitazioni propedeutiche al mantenimento attivo del ciclo della preparedness nel contesto del Piano Pandemico

Criteria:

- Simulazione di almeno 3 scenari su 5 tra quelli suggeriti
- Durata minima di ogni simulazione (una per scenario) di 4 ore

Soglia:

- Relazione finale che attesti i primi due criteri e che soddisfi le modalità ed i format definiti con specifica Nota indirizzata ai Referenti aziendali del Piano Pandemico e alle Direzioni Sanitarie, inviata dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

	TITOLO
Scenario 1	<i>Assistenza ospedaliera con trasferimento tra ospedali</i>
Scenario 2	<i>Assistenza territoriale e contesto comunitario</i>
Scenario 3	<i>Struttura residenziale per anziani e Assistenza Ospedaliera</i>
Scenario 4	<i>Contesto Scolastico e popolazioni hard to reach</i>
Scenario 5	<i>Assistenza ospedaliera in Area Critica</i>

Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)**Scheda_Q.0.4.P.1**

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

Per l'antifluenzale si considerano tutti i soggetti di età ≥ 65 anni, mentre per le restanti due vaccinazioni le coorti specifiche di 65enni. Indicatore composito dato dalla somma dei punteggi ottenuti

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

Vaccinazione	intervallo valori	Punteggio intervallo
Vaccinazione antifluenzale	<40%	0
Vaccinazione antifluenzale	$\geq 40\%$ e $\leq 59,9\%$	1
Vaccinazione antifluenzale	$\geq 60\%$	2
Vaccinazione antipneumococcica	<40%	0
Vaccinazione antipneumococcica	$\geq 40\%$ e $\leq 54,9\%$	1
Vaccinazione antipneumococcica	$\geq 55\%$	2
Vaccinazione anti-Herpes Zoster (1a dose)	<40%	0
Vaccinazione anti-Herpes Zoster (1a dose)	$\geq 40\%$ e $\leq 49,9\%$	1
Vaccinazione anti-Herpes Zoster (1a dose)	$\geq 50\%$	2

Vaccinazione	misurazione 2024	Punteggio su misurazione	ULSS
Vaccinazione antifluenzale			
Vaccinazione antipneumococcica			
Vaccinazione anti-Herpes Zoster (1a dose)			

Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati			
Scheda_Q.9.S.1_Governo_Clinico			
ID	FLUSSO / INDICATORE	SOGLIA	CRITERI INDICATORE ed ELEMENTI DI ADEMPIENZA
Q.9.S.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.
Q.9.S.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.
Q.9.S.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 attraverso il Flusso DDF3. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi in cui è consentito trasmettere i dati in modo aggregato per struttura, i dati relativi ad ossigeno, altri gas medicinali e a farmaci senza AIC.
Q.9.S.1_F04	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP): rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	L'indicatore è calcolato come percentuale, inserendo al numeratore la spesa trasmessa alla prima scadenza e al denominatore l'ultima spesa trasmessa.
Q.9.S.1_F05	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 e quantità nei flussi nel confronto flussi-traccia segnalati dalla Azienda o da Azienda Zero.
Q.9.S.1_F06	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.
Q.9.S.1_F07	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) CND Z12040115 (SISTEMI PER MONITORAGGIO DELLA GLUCEMIA) e CND Z12040216 (STRUMENTAZIONE PORTATILE PER MICROINFUSIONE) (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
Q.9.S.1_F08	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.
Q.9.S.1_F09	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.
Q.9.S.1_F10	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 nell'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 nell'anno. Sono escluse le categorie CND Q ed L.
Q.9.S.1_F11	% 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.
Q.9.S.1_F12	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica (escluso ausili monouso) / 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.

Q.9.S.1 Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati			
Scheda_Q.9.S.1_SER			
ID	FLUSSO / INDICATORE	Flusso	Soglia
Q.9.S.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
Q.9.S.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
Q.9.S.1_A03	Integrità relazionale tra i tracciati del nuovo flusso SDO	SDO	
Q.9.S.1_A04	media pesata di % copertura istituti (peso=0,75) e % coerenza SDO-HSP (peso=0,25)	SDO	100%
Q.9.S.1_A05	Strutture invianti / strutture attese	EMUR PS	100%
Q.9.S.1_A06	Numero record anno corrente/Numero record anno precedente	EMUR PS	≥80% e ≤120%
Q.9.S.1_A07	Centrali operative invianti / Centrali operative attese	EMUR 118	100%
Q.9.S.1_A08	N. di interventi effettuati dal 118 anno 2021 / N. di interventi effettuati dal 118 anno 2020	EMUR 118	≥90%
Q.9.S.1_A09	Totale record con campo istituto di destinazione valorizzato correttamente / totale record acquisiti e validi.	EMUR 118	≥95%
Q.9.S.1_A10	corretta valorizzazione del campo "Identificativo utente" - tracciato B3 dati anagrafici assistito.	EMUR 118	≥95%
Q.9.S.1_A12	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%
Q.9.S.1_A13	Rapporto Assistiti Semiresidenziali FAR / Utenti STS24-Quadro F (S09)	FAR	≥ 80% <= 120%, a fine anno ≥ 90% <= 110%
Q.9.S.1_A14	Rapporto Assistiti Residenziali FAR / Utenti STS24-Quadro G (S09)	FAR	≥ 80% <= 120% a fine anno ≥90% <= 110%
Q.9.S.1_A15	% 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).
Q.9.S.1_A16	Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	FAR	< 20%
Q.9.S.1_A17	strutture hospice invianti / strutture hospice attese	Hospice	100%
Q.9.S.1_A18	numero record anno corrente / numero record anno precedente	Hospice	≥80%
Q.9.S.1_A19	Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	Hospice	≥ 10%
Q.9.S.1_A20	DSM inviati / DSM attesi	APT (SISM)	100%
Q.9.S.1_A21	numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati	APT (SISM)	≥80%
Q.9.S.1_A22	Differenza Assistiti APT Residenziali Semiresidenziali / Utenti indicati su STS24.	APT (SISM)	< 10% a fine anno
Q.9.S.1_A23	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
Q.9.S.1_A24	Percentuale di cartelle aperte senza prestazioni per periodo > 180 giorni	APT (SISM)	< 10% fine anno per adempimento
Q.9.S.1_A25	Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio	APT (SISM)	< 10%
Q.9.S.1_A26	Percentuale di errori bloccanti presenti a fine periodo invio di calendario	APT (SISM)	< 10% , <5% a fine anno per adempimento
Q.9.S.1_A27	SERD inviati / SERD attesi	SIND	100%
Q.9.S.1_A28	numero record validi che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati	SIND	≥80%
Q.9.S.1_A29	Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2021 / Numero assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) 2020	SIND	≥ 90
Q.9.S.1_A30	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
Q.9.S.1_A31	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
Q.9.S.1_A32	Per ogni flusso informativo viene valutata la qualità dei dati ed espressa una valutazione complessiva.	Flussi Informativi Ministeriali (Fls Hsp Sts Ria)	
Q.9.S.1_A33	ASL invianti / ASL attese (tracciato 1, 2)	ADI	100%
Q.9.S.1_A34	numero record anno corrente / numero record anno precedente (tracciato 1, 2)	ADI	≥80%
Q.9.S.1_A35	n. PIC valide anno corrente/n. PIC valide anno precedente	ADI	≥80%
Q.9.S.1_A36	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%
Q.9.S.1_A37	n. PIC valide con n. accessi >= 1 (con data dimissione nell'anno) sul totale PIC con dimissione nell'anno	ADI	≥80%
Q.9.S.1_A38	Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" (NUMERATORE: N. valutazioni con errori DENOMINATORE: Totale valutazioni inviate. Se un soggetto ha più valutazioni si considera la valutazione con data più recente)	flusso FAD	<10%

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._B4.1.1A	B4.1.1A_RV Consumo di oppioidi sul territorio >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	≥ 4,94 o miglioramento di almeno il 20% rispetto al 2023	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI	
Struttura responsabile misurazione	az0-Governo Clinico	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	https://www.regione.veneto.it/web/sanita/monitoraggi	
Significato dell'indicatore	Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso di consumo farmaci (convenzionata e distribuzione diretta)
Metodo di calcolo	Numeratore: DDD farmaci oppioidi (ATC: N02A) erogate nell'anno (x 1000) Denominatore: popolazione residente al 1° Gen. pesata (x 365)
Criterio di soddisfazione	Sarà attribuito punteggio pieno a valore ≥ 4,94 o in miglioramento superiore al 20 % rispetto alla performance 2023.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D01C	D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	La gestione dei pazienti dopo un ricovero per acuti per infarto del miocardio prevede l'impostazione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Il programma dovrebbe essere impostato durante il ricovero ospedaliero e trasmesso al medico di medicina generale in modo che i pazienti possano seguirlo indefinitamente. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.	

Se tipo indicatore= QuanTitativo

Fonte dati	SDO Anagrafe assistiti AUR
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<14,55%

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D02C	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
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	La prognosi del paziente sopravvissuto ad ictus ischemico dipende sia dalla qualità del trattamento ospedaliero in acuto sia dalla qualità del percorso di cura successivo, che include un adeguato programma di riabilitazione e di prevenzione secondaria mirato a prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Solo il 25% dei casi di ictus ischemico guarisce completamente. Il tasso di recidiva grave o di morte nel primo anno è pari al 30-40% ed è molto influenzata dall'età e dalla presenza di comorbidità. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO Anagrafe assistiti AUR
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<14,05%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
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
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Istat - Censimento anno 2001
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	≤ 261 per 100.000

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D04C	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO Istat - popolazione residente al 1° gennaio anno di riferimento Istat - Censimento anno 2001
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 56,38 per 100.000

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D09Z	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	L'indicatore valuta la performance del sistema "118". 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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso informativo EMUR - 118
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 18 minuti

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
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
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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).	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso informativo Specialistica ambulatoriale
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>= 90%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D14C_RV	D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	Riduzione consumo territoriale > 7% rispetto al 2022 o consumo territoriale < media 3 migliori performance 2023	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE FARMACEUTICO, PROTESICA, DISPOSITIVI MEDICI	
Struttura responsabile misurazione	az0-Governo Clinico	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	https://www.regione.veneto.it/web/sanita/monitoraggi	
Significato dell'indicatore	Promuovere il consumo appropriato dei farmaci e contrastare l'antibiotico resistenza nella popolazione. (analogamente a quanto previsto tra gli adempimenti LEA con l'indicatore CORE del Nuovo Sistema di Garanzia "D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici").	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso di consumo farmaci (convenzionata, art. 50 c. 5 e distribuzione diretta) popolazione ISTAT
Metodo di calcolo	- Numeratore: DDD farmaci antibiotici (ATC: J01) erogati nell'anno (x 1000) a livello territoriale (convenzionata e distribuzione diretta) - Denominatore: popolazione pesata (x 365)
Criterio di soddisfazione	Sarà attribuito punteggio pieno se si registra una riduzione del consumo territoriale > 7% rispetto al 2022 o un consumo territoriale < media 3 migliori performance 2023.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D22Z	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso assistenza domiciliare ISTAT - popolazione residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	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 $\geq 2,0 \times 1.000$

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D27C	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 4%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D30Z	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Flusso assistenza domiciliare Flusso informativo "Hospice" Registro regionale delle cause di morte
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	≥ 55%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.D._D33Za	D33Za-Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta di strutture residenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte 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	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>= 41 per 1.000

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._C10.3.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH/Report Indicatori DG - Progetto Bersaglio	
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura la percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero. Il reintervento può essere avvenuto durante il ricovero stesso o in un ricovero successivo.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Numeratore: numero di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero per intervento al colon nei tre anni (ricovero indice). Denominatore: numero di pazienti con tumore al colon sottoposti ad intervento nei tre anni (ricovero indice). Criteri di inclusione e di esclusione come da scheda indicatore Sistema di Valutazione delle Performance (Bersaglio): https://performance.santannapisa.it/pes/network/home.php
Criterio di soddisfazione	<= 3,39%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._donat1	Segnalazione potenziali donatori di organo
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	> 0,7 aziende con neurochirurgia > 0,6 aziende senza neurochirurgia	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	RV	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio		
Significato dell'indicatore	Promuovere la proattività delle Aziende nell'identificazione dei potenziali donatori di organo, attraverso l'implementazione locale degli strumenti già disponibili : PDTA sul paziente affetto da cerebrolesione acuta a prognosi infausta (DDR 64 del 25 giugno 2019 e s.m.i.) e impiego delle metodologie di donazione da donatore in asistolia "donatore a cuore fermo", secondo le raccomandazioni già emanate dalla rete regionale e nazionale dei trapianti.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Per posti letto flusso hsp 12
Metodo di calcolo	numero totale di accertamenti di morte (con criterio neurologico e cardiologico) effettuati in UTI (codice 049) nell'Azienda per potenziali donatori di organo, sul numero totale di posti letto nelle UTI di tutta l'Azienda per l'anno di riferimento.
Criterio di soddisfazione	aziende con neurochirurgia > 0,7 aziende senza neurochirurgia > 0,6

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._donat2	Candidati trapianto rene da donatore vivente
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	>= 7 coppie valutate e segnalate per Aziende con centro trapianti di rene >= 5 coppie valutate e segnalate per Aziende senza centro trapianti di rene	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	RV	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio		
Significato dell'indicatore	Implementazione dell'attività di referral ai centri di trapianto di rene della regione delle coppie candidate alla donazione di rene da donatore vivente. Lo sviluppo dell'attività di trapianto da donatore vivente rappresenta una modalità concreta per l'abbattimento della numerosità dei pazienti in attesa di trapianto di rene e favorisce lo sviluppo della "Kidney paired exchange" con lo scambio di donazioni tra coppie incompatibili, in coerenza con quanto indicato nel PDTA dei potenziali candidati al trapianto di rene da vivente approvato con DDR n. 57 del 02/05/2022	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Report dei Centri trapianti (sottoscritti dal Direttore Responsabile)
Metodo di calcolo	Numero di coppie valutate e segnalate dalle UOC di Nefrologia delle Aziende ai centri di trapianto di riferimento della Regione, per avviare l'iter della valutazione di idoneità al trapianto renale da donatore vivente, per l'anno di riferimento. Indicatore non applicabile allo I.O.V.
Criterio di soddisfazione	Soglia differente tra Aziende: >= 5 coppie valutate e segnalate in Aziende senza Centro trapianti rene >= 7 coppie valutate e segnalate in Aziende con Centro trapianti rene

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._donat3	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	<=37,5 o trend in diminuzione	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	

Struttura responsabile misurazione: RV

Tipo indicatore: quaNtitativo

Scheda Misurazione

Link sistema monitoraggio

Significato dell'indicatore: Indicatore proxy per misurare la qualità della comunicazione erogata nel corso della proposta di donazione da parte del personale dei coordinamenti aziendali per i trapianti e di valutazione dell'efficacia delle azioni di sensibilizzazione alla cultura della donazione messe in atto dalle Aziende nel territorio di afferenza (ai sensi della DGRV 3948/2000 relativamente ai compiti del coordinatore locale) nei casi di decessi extraospedalieri e fornisce una misura indiretta del grado di soddisfazione percepita dall'utenza della qualità della presa in carico delle famiglie delle persone decedute da parte del personale sanitario, nei casi di decessi intraospedalieri.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati: Donor Manager

Metodo di calcolo: numero di opposizioni alla donazione di cornee sui colloqui effettuati.
Fonte dati: database regionale Donor Manager, relativo all'anno di riferimento, mediante rilevazione dell'espressione di volontà (espressa dagli aventi diritto o in vita), nei decessi valutati per la donazione di cornee.

Criterio di soddisfazione: < 37,5% o trend in diminuzione rispetto all'anno precedente

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H02Z	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Aderenza agli standard di volume individuati dal DM70/2015	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>90%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H03C	H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	L'indicatore misura la necessità di intervenire chirurgicamente successivamente al primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<=2,66%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H04Z	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	

Struttura responsabile misurazione	az0-SER
Tipo indicatore	quaNtitativo
Scheda Misurazione	
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG
Significato dell'indicatore	Indicatore di inappropriata 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.

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<=0,15

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H05Z	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Monitoraggio della performance della struttura in termini di gestione del paziente nel post-operatorio	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>= 90%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H08Za_sub1	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)-sub indicatore di appropriatezza sub 1) "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione. Le discipline chirurgiche da monitorare si limitano a Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia".
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	soglia differenziata per azienda	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-CRAT	
Tipo indicatore	Qualitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_H08Za_sub 1	
Link sistema monitoraggio		
Significato dell'indicatore	Calcolare un indicatore che dia evidenza dell'applicazione del PBM secondo le linee guida CNS. L'obiettivo finale è la riduzione dei consumi (aspetto clinico e strategico per l'autosufficienza) e la sicurezza del paziente.	

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati	
Metodo di calcolo	
Criterio di soddisfazione	L'indicatore si ritiene soddisfatto se viene inviato ad Azienda Zero (crat.veneto@azero.veneto.it) e alla Regione (assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it), entro le scadenze definite, il report semestrale (format allegato Scheda_H08Za_sub1) e se si dimostra che il valore è >= alla soglia indicata per ciascuna Azienda.

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Report di monitoraggio dell'indicatore calcolato secondo il format predisposto in Scheda H08Za sub 1), che dà evidenza dell'applicazione del PBM secondo le linee guida CNS. A numeratore andranno inseriti i casi valutati, cioè tutti i pazienti che sono stati presi in considerazione per un'eventuale correzione della propria risorsa ematica nel pre-operatorio, intra-operatorio e post-operatorio. A denominatore andranno inseriti tutti gli interventi chirurgici in elezione delle tre discipline indicate, il cui DRG possa contemplare una perdita di sangue nell'intra-operatorio e/o nel post-operatorio. L'indicatore si ritiene soddisfatto se il rapporto è >= alla soglia indicata per ciascuna Azienda.																				
Soddisfazione della soglia	<table border="0"> <tr><td>ULSS 1</td><td>mantenimento 100%</td></tr> <tr><td>ULSS 2</td><td>50%</td></tr> <tr><td>ULSS 3</td><td>80%</td></tr> <tr><td>ULSS 4</td><td>20%</td></tr> <tr><td>ULSS 5</td><td>30%</td></tr> <tr><td>ULSS 6</td><td>35%</td></tr> <tr><td>ULSS 7</td><td>15%</td></tr> <tr><td>ULSS 8</td><td>55%</td></tr> <tr><td>ULSS 9</td><td>75%</td></tr> <tr><td>AOPD</td><td>50%</td></tr> </table>	ULSS 1	mantenimento 100%	ULSS 2	50%	ULSS 3	80%	ULSS 4	20%	ULSS 5	30%	ULSS 6	35%	ULSS 7	15%	ULSS 8	55%	ULSS 9	75%	AOPD	50%
ULSS 1	mantenimento 100%																				
ULSS 2	50%																				
ULSS 3	80%																				
ULSS 4	20%																				
ULSS 5	30%																				
ULSS 6	35%																				
ULSS 7	15%																				
ULSS 8	55%																				
ULSS 9	75%																				
AOPD	50%																				

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

	AOUIVR 90% IOV mantenimento 100%
Scadenza	I semestre 2024 : 31 luglio 2024; II semestre 2024: 31 gennaio 2025

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H08Zb_sub1	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)-sub indicatore di appropriatezza sub1) "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispettato della soglia indicata dal Servizio Farmaceutico Regionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-CRAT	
Tipo indicatore	Qualitativo	
Scheda Misurazione	Scheda_H08Zb_sub1	
Link sistema monitoraggio		
Significato dell'indicatore	Si chiede alle Aziende Sanitarie di produrre un Report semestrale dei consumi di IG al fine di monitorare il rispetto della riduzione percentuale fissata dal Servizio Farmaceutico Regionale	

Se tipo indicatore= Quantitativo

Fonte dati	
Metodo di calcolo	
Criterio di soddisfazione	L'indicatore si ritiene soddisfatto se viene inviato ad Azienda Zero (crat.veneto@azero.veneto.it) e alla Regione (assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it), entro le scadenze definite il report semestrale dei consumi di IG, (format allegato Scheda_H08Zb_sub1) e se si dimostra che è rispettata la soglia indicata dal Servizio Farmaceutico Regionale.

Se tipo indicatore= Qualitativo

Documenti da presentare	Report semestrale dei consumi di IG, che monitori il rispetto della riduzione percentuale fissata dal Servizio Farmaceutico Regionale, secondo il format allegato Scheda_H08Zb_sub1
Soddisfazione della soglia	Invio entro le scadenze del 100% dei report previsti completi in tutte le loro parti (Scheda_H08Zb_sub1) ad Azienda Zero (crat.veneto@azero.veneto.it) e alla Regione assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it).
Scadenza	I semestre 2024 : 31 luglio 2024; II semestre 2024: 31 gennaio 2025

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H13C	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH/IndicatoriDG/Indicatori PNE/Report indicatore prostata	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	https://pne.agenas.it/assets/documentation/protocolli/pro_42.pdf - 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 ≤ 2 giorni). - Denominatore Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Criteri di eleggibilità e Criteri di esclusione come da scheda indicatore AGenas
Criterio di soddisfazione	>= 60%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H16S	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	riduzione rispetto all'anno precedente	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Il rischio infettivo, ossia il rischio per i pazienti di contrarre un'infezione nel corso di un episodio di assistenza sanitaria, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni rischio, della complessità, dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. La quota prevenibile di infezioni correlate all'assistenza (ICA) secondo studi recenti, è molto più alta di quanto ritenuto fino a poco tempo fa, attraverso la promozione di pratiche assistenziali efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l'assistenza	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	valore 2024 < valore 2023

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H17C	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 15%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H18C	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 20%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H22C	H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	<p>L'esito a breve termine dell'intervento di BPAC può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero (a 30 giorni dall'intervento) ed è relativa al BPAC isolato, cioè non associato ad interventi sulle valvole o endoarteriectomia. La scelta di considerare gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio sono diversi nel caso degli interventi associati. Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha evidenziato un'associazione tra volume ed esiti coerente e statisticamente significativa, senza tuttavia identificare una soglia di volume. Il valore dell'indicatore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.</p>	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Anagrafe
Metodo di calcolo	<p>Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato.</p> <p>https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/</p>
Criterio di soddisfazione	<1,5

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo		Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._H23C	H23C-Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO, AUR
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<= 7,25%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._PDTA06.2_BIS	PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO Specialistica ambulatoriale AUR Farmaceutica territoriale e distribuzione diretta
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	La soglia è soddisfatta se è ≥ 50 o in miglioramento rispetto all'anno precedente

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._PDTA07	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
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	L'indicatore, inserito tra gli indicatori PDTA del NSG, descrive la proporzione di pazienti (coorte incidente) che accede tempestivamente al trattamento. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	AUR, SDO, Specialistica, Farmaceutica
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	La soglia è soddisfatta se l'indicatore è $\geq 85\%$ o in miglioramento rispetto all'anno precedente

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._PDTA09	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
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	L'indicatore descrive la proporzione di pazienti appartenenti alla coorte incidente che accedono tempestivamente al primo trattamento. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico si associa ad aumentata probabilità di sopravvivenza a medio-lungo termine	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	- Anagrafe assistiti - Distribuzione diretta dei farmaci - SDO - Specialistica
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	La soglia è soddisfatta se l'indicatore è $\geq 80\%$ o in miglioramento rispetto all'anno precedente

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.O._prost	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	O-ASSISTENZA OSPEDALIERA	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA	
Struttura responsabile misurazione	az0-SER	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH/IndicatoriDG/Indicatori PNE/Report indicatore prostata	
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	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	SDO
Metodo di calcolo	https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro_205.pdf 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
Criterio di soddisfazione	<= a 3,5

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
 Soddisfazione della soglia
 Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P01C	P01C-Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale o soglia regionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Anagrafe Vaccinale Regionale
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>=95%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P02C	P02C-Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale o soglia regionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Anagrafe Vaccinale Regionale
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>=95%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
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)
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Rendicontazione annuale attività di controllo REACH trasmessa dalle Aziende ULSS su format ministeriale
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>=95%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
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.
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	U.O. Sicurezza Alimentare	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il mancato raggiungimento del livello minimo previsto dalla soglia di riferimento segnala un significativo innalzamento del rischio per la sicurezza alimentare del cittadino.</p>	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	<p>- NSIS- PNR</p> <p>- Numeratore: NSIS – Nuovo Sistema Alimenti-Pesticidi, “download file dati EFSA”.</p> <p>Denominatore: DM 23/12/1992 tabelle 1 e 2.</p> <p>- NSIS – alimenti: flusso vigilanza</p>
Metodo di calcolo	<p>Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia.</p> <p>https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/</p>
Criterio di soddisfazione	<p>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.</p> <p>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:</p> <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%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
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.
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Piattaforma VETINFO Flusso informativo PNAA Flusso informativo farmacosorveglianza ("n. ispezioni effettuate" e "n. operatori")
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 PNAA: 90% - controlli di farmacosorveglianza veterinaria: nessuna. <p>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</p>

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P14C	P14C-Indicatore composito sugli stili di vita
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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 di 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>	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)
Metodo di calcolo	<p>Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia.</p> <p>https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/</p>
Criterio di soddisfazione	La soglia viene determinata sulla base delle distribuzioni dei dati

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare

Soddisfazione della soglia

Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
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
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessa da parte della popolazione invitata.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso l'applicativo Qlik Screening
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>=50%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.1	Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P15C_m	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessa da parte della popolazione invitata.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso l'applicativo Qlik Screening
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>=60%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P15C_u	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cevice uterina
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
Significato dell'indicatore	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessa da parte della popolazione invitata.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Software regionale screening oncologici, consultabile attraverso l'applicativo Qlik Screening
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato e relativa soglia. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	>=50%

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P15C2c	P15C2c - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	Qlik View - screening oncologici colon-retto - Sezione Coorti - Tempi 2 liv	
Significato dell'indicatore	Valutare l'efficienza del programma di screening nel pianificare l'espletamento delle procedure diagnostiche nel più breve tempo possibile.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Software screening RVE
Metodo di calcolo	Numeratore: n. persone che hanno una data proposta per l'approfondimento di 2° livello entro 30 giorni dalla data del referto di 1° livello Denominatore: n. persone che eseguono l'approfondimento
Criterio di soddisfazione	L'obiettivo si intende raggiunto se la quota di soggetti con una data proposta per colonscopia entro 30 gg dalla data di referto di 1° livello è $\geq 70\%$; parzialmente raggiunto se la quota è $< 70\%$ ma è maggiore di almeno 10 punti percentuali rispetto all'anno 2023 (valore riferito al periodo 01/01/2023 - 30/09/2023)

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P15C2m	P15C2m - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	QuaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	Qlik View - screening oncologici mammografico - Sezione Coorti - Tempi 2 e 3 liv	
Significato dell'indicatore	Valutare l'efficienza del programma di screening nel pianificare l'espletamento delle procedure diagnostiche nel più breve tempo possibile.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Software screening RVE
Metodo di calcolo	Numeratore: n. persone che hanno una data proposta per l'approfondimento di 2° livello entro 28 giorni dalla data di esecuzione della mammografia di 1° livello Denominatore: n. persone che eseguono l'approfondimento
Criterio di soddisfazione	L'obiettivo si intende raggiunto se la quota di donne che hanno una data proposta per approfondimento entro 30 gg dalla data di esecuzione della mammografia di 1 livello è ≥80%; parzialmente raggiunto se tale quota è <80% ma è maggiore di almeno 10 punti percentuali rispetto all'anno 2023 (valore riferito al periodo 01/01/2023 - 30/09/2023)

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

Schede metodologiche Allegato A2 DGR 1682/23

Obiettivo	A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
Indicatore	A.P._P16C	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.
Linea Strategica	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
Ambito LEA	P-PREVENZIONE	
Soglia	rispetto soglia nazionale	
Direzione Regionale Responsabile	DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA	
Struttura responsabile misurazione	AZO-Screening	
Tipo indicatore	quaNtitativo	
Scheda Misurazione		
Link sistema monitoraggio	DWH-Cruscotto NSG	
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.	

Se tipo indicatore= QuaNtitativo

Fonte dati	Software regionale screening oncologici, calcolabile attraverso l'applicativo Qlik Screening secondo procedura fornita alle ULSS
Metodo di calcolo	Come riportato nelle schede presenti nel cruscotto NSG del DWH dove è anche presente il valore calcolato. https://salute.regione.veneto.it/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?reportName=Cruscotto+NSG&reportPath=/Regione+del+Veneto+-+Report/Cruscotto+NSG/
Criterio di soddisfazione	Il punteggio previsto viene assegnato se il valore dell'indicatore è $\leq 25\%$. Per garantire la qualità del dato, qualora la % di tumori per i quali la stadiazione è ignota sia $>20\%$, al netto delle donne in terapia neoadiuvante, il punteggio assegnato sarà 0.

Se tipo indicatore= QuaLitativo

Documenti da presentare
Soddisfazione della soglia
Scadenza

SCHEDE DI MISURAZIONE INDICATORI QUALITATIVI

ALLEGATO A2 DGR 1682/2023

"N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione. Le discipline chirurgiche da monitorare si limitano a Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia".

Scheda_H08Za sub 1)

Report semestrale l'indicatore applicazione del PBM secondo le linee guida CNS

AZIENDA/ULSS							
Obiettivo	Utilizzo appropriato degli Emoderivati						
	Programma di Patient Blood Management						
Punti obiettivo							
Indicatore	N° pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° interventi chirurgici in elezione						
Anno					2024		
SEMESTRE							
	DISCIPLINA	ORTOPEDIA					
N° Pazienti valutati							
N° di interventi chirurgici	N° di interventi chirurgici in elezione						
	Indicatore						
	DISCIPLINA	CARDIOCHIRURGIA					
N° Pazienti valutati							
N° di interventi chirurgici	N° di interventi chirurgici in elezione						
	Indicatore						
	DISCIPLINA	UROLOGIA					
N° Pazienti valutati							
N° di interventi chirurgici	N° di interventi chirurgici in elezione						
	Indicatore						

