

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1557 del 30 dicembre 2024

**Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025.**

*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:
--------------------------

Il presente provvedimento individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2025, con le relative pesature, da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Istituti del SSR.
--

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

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

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

La DGR n. 168 del 20/02/2024 ha approvato il nuovo schema contrattuale di prestazione d'opera dei Direttori Generali di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, dove all'art. 7 vengono esplicitate le cause di estinzione del rapporto, tra cui "l'esito negativo della valutazione circa il raggiungimento degli obiettivi di salute e assistenziali assegnati" (art. 7, comma 2).

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

La DGR n. 2172 del 23/12/2016 ha aggiornato la precedente DGR n. 693 del 14/05/2013 relativamente alla pesatura delle valutazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con il seguente distinguo:

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

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

Si ritiene altresì di stabilire che, a norma dei commi 8 quinquies, 8 sexies e 8 septies dell'art. 13 della L.R. n. 56/1994 e ss.mm.ii., gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento e al peso loro assegnato come da DGR n. 2172 del 23/12/2016.

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2025 viene ribadito l'impegno dell'Amministrazione regionale a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia.

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

Si prevede inoltre che anche nella definizione del piano annuale di attività, che viene approvato dalla Direzione regionale competente dell'Area Sanità e Sociale, i Coordinamenti regionali devono prevedere obiettivi e indicatori che concorrano al raggiungimento di quanto riportato nel presente atto e che coerentemente siano inseriti nel ciclo di valutazione della performance delle Aziende presso cui hanno sede.

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

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

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

#### LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTE le DD.GG.RR. n. 693 del 14/5/2013, n. 2172 del 23/12/2016 e n. 168 del 20/02/2024;

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

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di approvare i contenuti dell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, i relativi indicatori e le soglie a valere per l'anno 2025 per le singole Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedale - Università Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto;
3. di incaricare l'Area Sanità e Sociale della realizzazione, sulla base di quanto disposto nella presente deliberazione, di un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi ("Vademecum"), al quale si rinvia per ogni ulteriore dettaglio e/o integrazione;
4. di confermare che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2025 assumono piena validità e rilevanza per i Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR ai fini della valutazione di cui alla L.R. n. 56/1994;
5. di stabilire che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui al punto 2 vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento e al peso assegnato a ciascun soggetto;
6. di incaricare il Direttore Generale Area Sanità e Sociale, qualora opportuno, di definire in maniera dettagliata, ovvero aggiornare e integrare, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori di cui alla presente deliberazione;
7. di stabilire che nella definizione del piano annuale di attività, che viene approvato dalla Direzione regionale competente dell'Area Sanità e Sociale, i Coordinamenti regionali devono prevedere obiettivi e indicatori che concorrano al raggiungimento di quanto riportato nel presente atto e che coerentemente siano inseriti nel ciclo di valutazione della performance delle Aziende presso cui hanno sede;
8. di incaricare l'Area Sanità e Sociale di trasmettere il presente atto ai Direttori Generali interessati e di procedere in corso d'anno al monitoraggio e alla verifica circa il grado di aderenza dei risultati conseguiti dalle Aziende e Istituti del SSR agli obiettivi individuati;
9. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
10. di pubblicare il presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione.



LINEA STRATEGICA						% su punteggio giunta													
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA			Ulss 1	Ulss 2	Ulss 3	Ulss 4	Ulss 5	Ulss 6	Ulss 7	Ulss 8	Ulss 9	AOU PD 80	AOUI VR 80	IOV 80	
<b>S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza</b>						<b>33%</b>	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
S.01	Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,8	2,8	2,6	
		25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,8	2,8	2,6	
		25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,6	2,6	2,6	
		25.S.O.01.4	Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto delle soglie come da vademecum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	
		25.S.O.01.5	% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90% e come da Vademecum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2			
S.02	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	25.S.S.02.1	Rispetto della programmazione interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale	Si (come da vademecum)											2,2	2,2			
S.03	Perseguimento PNRR Missione 6	25.S.D.03.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)		2	1,5	1,5	2	2	2	2	1,5	2					
		25.S.O.03.2	PNRR: "Grandi apparecchiature". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)			1,5						1,5		2	2			
		25.S.O.03.3	PNRR: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)			1,5												
		25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento		1,5	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1	1,5	2,6	2,6	2,6		
S.04	Perseguimento interventi strategici di informatica	25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)		2	1,5	1,5	2	2	2	2	1,5	2	2,6	2,6	2,2		
		25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	0,2	0,2	0,2		
S.05	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	25.S.D.05.1	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Si (come da vademecum)		1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		25.S.D.05.2	PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5					
S.06	Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	25.S.S.06.1	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	Si (come da vademecum)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,6	2,6	2,4		
S.07	Valorizzazione del ruolo di HUB regionali	25.S.O.07.1	Indicatore composito di esiti delle patologie tempodipendenti	Si (come da vademecum)											2	2			
S.08	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	25.S.O.08.1	Aumento delle pubblicazioni e dei pazienti inseriti in studi	Aumento per ogni sub indicatore come da vademecum													1,6		
		25.S.O.08.2	Collaborazione con il CRAO nella stesura e aggiornamento dei PDTA	Si (come da vademecum)													2,6		
		25.S.S.08.3	Predisposizione del capitolato tecnico della gara regionale di test NGS in oncologia	Si (come da vademecum)													1		
		25.S.S.08.4	% aggiornamento di protocolli ROV e REV presenti in Medical 80 e rispetto indicazioni per supporto rete oncologica	> 90%													2		
		25.S.O.08.5	Rispetto delle indicazioni per la riorganizzazione delle attività dei GOM regionali	Si (come da vademecum)													2		
<b>A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza</b>						<b>15%</b>	9	9	9	9	9	9	9	9	12	12	12		
A.01	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	25.A.P.01.1	Indicatore specifico per Ulss - Prevenzione (vedi All A2)	Rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		25.A.D.01.1	Indicatore specifico per Ulss - Distretto (vedi All A2)	Rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		25.A.O.01.1	Indicatore specifico per Azienda - Ospedale (vedi All A2)	Rispetto soglia nazionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3		
A.02	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	25.A.P.02.1	Obiettivo di mantenimento specifico per Ulss - Prevenzione (vedi All A2)	Mantenimento o rispetto soglia nazionale		2	2	2	2	2	2	2	2	2					



LINEA STRATEGICA						% su punteggio giunta											
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Uilss 1		Uilss 2	Uilss 3	Uilss 4	Uilss 5	Uilss 6	Uilss 7	Uilss 8	Uilss 9	AOU PD	AOUI VR	IOV
		25.A.D.02.1	Obiettivo di mantenimento specifico per Ulss - Distretto (vedi All A2)	Mantenimento o rispetto soglia nazionale		2	2	2	2	2	2	2	2	2			
		25.A.O.02.1	Obiettivo di mantenimento specifico per Azienda - Ospedale (vedi All A2)	Mantenimento o rispetto soglia nazionale		2	2	2	2	2	2	2	2	2	9	9	9
<b>E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari</b>						<b>25%</b>											
E.01	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2,5	2,5	2,5
		25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di elegibilità RATEC		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2,5	2,5	2,5
		25.E.S.01.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1			
		25.E.S.01.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza protesica e Assistenza Integrativa 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale		1	1	1	1	1	1	1	1	1			
		25.E.S.01.5	Contributo al mantenimento dei livelli di spesa dei farmaci per Malattie Rare in collaborazione con il Coordinamento delle Malattie Rare	Si (come da vademecum)										1			
E.02	Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si (come da vademecum)		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,5	2,5	2,5
E.03	Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,4	2,4	2,4
		25.E.S.03.2	Indice di miglioramento margine produttività	Si (come da vademecum)											1,6	1,6	1,6
		25.E.S.03.3	Indice di distanza dalla best performance	Si (come da vademecum)		1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2				
		25.E.S.03.4	Aumento mobilità attiva	Si (come da vademecum)											1,1	2,3	1,7
E.04	Gestione degli investimenti	25.E.S.04.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)		1	1	1	1	1	1	1	1	1			1
		25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si (come da vademecum)		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
E.05	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si (come da vademecum)		0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8
		25.E.S.05.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100 %		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
		25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
		25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	0,9		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2	2,2	2,2
		25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
		25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
E.06	Miglioramento dei processi sanitari	25.E.O.06.1	Indice di performance degenza media - drg medici (Bersaglio C2A.M)	≤ - 0,39											0,8	1	0,8
		25.E.O.06.2	Indice di performance degenza media - drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	≤ - 0,40											0,8	1	0,8
<b>Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza</b>						<b>27%</b>											
Q.01	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	25.Q.P.01.1	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Si (come da vademecum)		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8
Q.02	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	25.Q.P.02.1	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come da vademecum)		1	1	1	1	1	1	1	1	1			



LINEA STRATEGICA					% su punteggio giunta													
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA		Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOUI VR	IOV	
Q.03	Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	25.Q.P.03.1	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell' ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6				
Q.04	Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	25.Q.P.04.1	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	1	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4					
Q.05	Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,8	1,8	1,8	
		25.Q.O.05.2	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Si (come da vademecum)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
		25.Q.O.05.3	Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Si (come da vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	
		25.Q.O.05.4	Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	Si (come da vademecum)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6	0,6	
		25.Q.O.05.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	<= 3,69											0,9	0,9	1,3	
		25.Q.O.05.6	% di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,46											0,9	0,9	1,3	
		25.Q.O.05.7	% di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.2)	<= 3,13											0,9	0,9	1,3	
Q.06	Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	25.Q.O.06.1	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Si (come da vademecum)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4		
		25.Q.D.06.2	Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Si (come da vademecum)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3					
		25.Q.O.06.3	Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	Si (come da vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
		25.Q.S.06.4	Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Si (come da vademecum)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,5	0,5		
Q.07	Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	25.Q.D.07.1	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	Si (come da vademecum)	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		25.Q.D.07.2	DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	Si (come da vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
Q.08	Miglioramento efficienza dei processi di supporto	25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si (come da vademecum)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,8	1		
		25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	
		25.Q.S.08.3	Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si (come da vademecum)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	
		25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si (come da vademecum)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
		25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	1	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	
		25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si (come da vademecum)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
		25.Q.O.08.7	Adozione e rispetto degli accordi contrattuali con le aziende territoriali	Si (come da vademecum)											2	2	2	



LINEA STRATEGICA																	
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	% su punteggio giunta	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOUI VR	IOV
Q.09	Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti		0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	25.Q.S.10.1	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Si (come da vademecum)		0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,8
		25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si (come da vademecum)		1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,5
		25.Q.O.10.3	Rispetto degli indicatori di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Si (come da vademecum)												2	2
Q.11	Promozione dei processi per la ricerca	25.Q.O.11.2	Avviamento progetti di ricerca attivati in collaborazione con almeno 3 Uiss della Regione Veneto	Si (come da vademecum)											0,8	0,8	1,6
		25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Si (come da vademecum)		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1



ALLEGATO A2

PREVENZIONE	Uiss 1									AOU PD	AOU VR	IOV		
	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9					
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse (Hb))	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	M	-	-
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	M	M	S	M	M	M	S	M	M	M	S	M	-	-
P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P14C - Indicatore composto sugli stili di vita	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cohon retto	M	M	M	M	S	M	M	M	M	M	M	S	-	-
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	M	M	M	M	M	M	S	M	M	M	M	M	-	-
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P16C - Proporzioni di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di previdezza	S	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	M	M	M	S	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-

ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA

A0.2_RV - Consumo di oppioidi sul territorio per 1.000 abitanti	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	S	-	-
D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	S	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	M	M	M	M	M	S	M	M	M	M	M	M	-	-
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
D06Z - Intervallio Allarme-Target dei mezzi di soccorso	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	M	M	M	S	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatra su totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	M	S	M	M	S	M	M	S	M	M	S	M	-	-
D33Z3 - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-

ASSISTENZA OSPEDALIERA

H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	M	M	M	S	M	M	S	M	M	M	S	M	M	M
H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	M	S	M	M	M	M	S	M	M	M	M	M	M	S
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
H05Z - Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	-
H17C - % di Partii cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
H18C - % di Partii cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	S	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
PD1A03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	M	M	M	M	M	M	M	M	M	S	M	M	-	-
PD1A07 - 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 PD1A del Ministero della Salute	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PD1A09 - 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 PD1A del Ministero della salute (PD1A Tumori operati del colon e del retto)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
PD1A06.2 - 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)	M	M	M	M	S	M	M	M	M	M	M	M	S	M
Interventi chirurgici per tumore alla prostata, riammissioni a 30 giorni (PNE)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPRAC)	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-
H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

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

S= obiettivi Specifici (25.A.P.01.1, 25.A.D.01.1, 25.A.O.01.1)

M= obiettivi Mantenimento (25.A.P.02.1, 25.A.D.02.1, 25.A.O.02.1)

