



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	ULSS1	ULSS2	ULSS3	ULSS4	ULSS5	ULSS6	ULSS7	ULSS8	ULSS9	AOPD	AOVR	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA			
				60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60				80	80	80
PREVENZIONE				Totale Punti Aziende Sanitarie																	
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali				17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5	4,5	4,5	0,5					
				12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	4,5	4,5	0,5					
P.A.1	Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	P.A.1.1	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	Soglie da DGR 727/2021, DGR 805/2021 e s.m.i.	3	3	3	3	3	3	3	3	3,5	3,5							
		P.A.1.2	Rafforzare le azioni di contact tracing	≥ 70%	2	2	2	2	2	2	2	2	2								
		P.A.1.3	Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	≥ 60%	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
		P.A.1.4	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	≥ 80%	4	4	4	4	4	4	4	4	4								
		P.A.1.5	Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer	≥ 30%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
P.A.2	Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020	P.A.2.1	Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età >= 60 anni	≥ 75%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5								
		P.A.2.2	Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	≥ 60%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
P.A.3	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.3.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥ 95%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5									
		P.A.3.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5								
B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati				0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	0						
P.B.1	Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)	P.B.1.1	Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	≥ 95%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5									
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro				0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0	0	0						
P.C.1	Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro	P.C.1.1	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive	≥ 15%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5									
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori				1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0						
P.E.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5									
P.E.2	Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare	P.E.2.1	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	>1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5									
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening				3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0						
P.F.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 65%	1	1	1	1	1	1	1	1									
		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 60%	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 60%	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
ASSISTENZA DISTRETTUALE				16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	16,5	17,5	17,5	20						
A Assistenza sanitaria di base				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0			
D.A.1	Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale	D.A.1.1	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	Si entro i termini previsti nel Vademecum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5									
D.A.2	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.2.1	% MGI con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,65)	100%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5				Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori IVAQ	100%			
C Assistenza farmaceutica				1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	0	0	0						
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1	Limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2021	s soglia assegnata con provvedimento regionale	1	1	1	1	1	1	1	1									
		D.C.1.2	Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	Soglia definita nel Vademecum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5								



2779e839



LEA	OBBIETTIVO	CFI	INDICATORE	SOGLIA	ULSS1	ULSS2	ULSS3	ULSS4	ULSS5	ULSS6	ULSS7	ULSS8	ULSS9	AOPD	AOVR	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
D Assistenza Integrativa					1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0			
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0			
E Assistenza specialistica ambulatoriale					8	8	8	8	8	8	8	8	8	16,5	16,5	20			
D.E.1	Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	100% di quanto previsto dal piano	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	10	12			
		D.E.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	100%	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	6		
D.E.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.2.1	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>95%	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	2			
D.E.3	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.3.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.	valore compreso tra 40% e 60%	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5						
F Assistenza Protesica					1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0			
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1	Costo pro capite per Assistenza Protesica 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	1	1	1	1	1	1	1	1	1				Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	> 95%
H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale					3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	0	0	0			
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5				Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	• Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario • PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	< 10%
		D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5						
D.H.2	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.2.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5				Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%
D.H.3	Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale	D.H.3.1	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	Si, relazione nei termini previsti dal Vademecum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5						
		D.H.3.2	Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed il Pronto Soccorso	Si, relazione nei termini previsti dal Vademecum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio					0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	0			
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	≤ 4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	0			
ASSISTENZA OSPEDALIERA					14	14	14	14	14	14	14	14	14	42	42	36			
B Ricovero ordinario per acuti					6	6	6	6	6	6	6	6	6	20	20	20			
O.B.1	Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	100% di quanto previsto dal piano	4	4	4	4	4	4	4	4	4	14	14	14			
		O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	100%	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	6	6		



LEA	OBIETTIVO	CFI	INDICATORE	SOGLIA	ULSS1	ULSS2	ULSS3	ULSS4	ULSS5	ULSS6	ULSS7	ULSS8	ULSS9	AOPD	AOVR	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA	
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali																				
O.T.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	2	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3	% indicatori rispettati	100%	
		O.T.1.2	Limite di Costo Dispositivi Medici 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM	% indicatori rispettati	100%
		O.T.1.3	Limite di Costo IVD 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1			
		O.T.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5						
O.T.2	Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	O.T.2.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	> 90%	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	6			
		O.T.2.2	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	> 80%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4				
		O.T.2.3	% di parti cesarei primari	< 20% se ≥ 1.000 parti all'anno < 15% se < 1.000 parti all'anno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4				
		O.T.2.4	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	>90%	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4				
O.T.3	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.3.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Si entro i termini previsti nel Vademecum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	6				
O.T.4	Implementazione della Rete Ematologica Veneta	O.T.4.1	Revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA	Si, soglie da Vademecum										1						
PROCESSI DI SUPPORTO																				
A Programmazione delle risorse																				
S.A.1	Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Soglia differenziata, come da delibera di assegnazione risorse LEA	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento				
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento				
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0%	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento			
S.A.3	Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edili e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda aggiornato al 30 maggio 2021	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	8					
S.A.4	Riorganizzazione attività ciclotrone	S.A.4.1	Relazione sulla riorganizzazione dell'attività con il ciclotrone con mantenimento dell'attività di radiofarmacia prodotta in proprio entro il 30/11/2021	Si												8,5				
S.A.5	Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021	S.A.5.1	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	100%	1	1	1	1	1	1	1	1	1							
S.A.6	Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	S.A.6.1	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	Si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2				
		S.A.6.2	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	Si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2			
S.A.7	Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR	S.A.7.1	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	100% (v.Vademecum)	1	1	1	1	1	1	1	1	1							



LEA	OBBIETTIVO	CFI	INDICATORE	SOGLIA	ULSS1	ULSS2	ULSS3	ULSS4	ULSS5	ULSS6	ULSS7	ULSS8	ULSS9	AOPD	AOVR	IOV	PREREQUISITO	INDICATORE	SOGLIA
B Informatizzazione																			
					5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10			
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQ) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	≥ 98% ; ≥ 95% a seconda della tipologia (v. Vademecum)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	≥ 90% items	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.2.2	Presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	Si Secondo cronoprogramma	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.2.3	Adeguamento repository; superamento dei test (Valutazione dell'indicatore IQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	Soglia definita in vademecum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.2.4	Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali	Si secondo cronoprogramma	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.2.5	Adeguate compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite	Si Secondo cronoprogramma	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
S.B.3	Prenotazione online (interoperabilità)	S.B.3.1	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.3.2	Monitoraggio	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.3.3	Accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	Tempo di ripristino <24h	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
		S.B.3.4	Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	Si secondo cronoprogramma	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1			
S.B.4	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento			
E Trasparenza e anticorruzione																			
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
F Rispetto delle direttive regionali																			
S.F.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)	S.F.1.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento	Mantenim ento			

Note:
 Gli obiettivi e gli indicatori sono classificati per il Livello Essenziale di Assistenza su cui incidono.
 Le modalità e i criteri di valutazione saranno ulteriormente specificati in un documento tecnico a cura dell'Area Sanità e Sociale ("Vademecum").
 Gli obiettivi di *mantenimento* non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, danno una penalità.
 Alcuni obiettivi, per essere valutati, richiedono il corretto e puntuale invio del flusso informativo su cui si basa il loro calcolo e che pertanto è considerato un pre-requisito alla valutazione dello specifico obiettivo.



2779e839