



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA   | OBIETTIVO  | ctrl    | INDICATORE   | SOGLIA  | ULSS9      | PREREQUISITO | INDICATORE | SOGLIA |
|---|--|---------|--|---|------------|--------------|------------|--------|
| <b>PREVENZIONE</b>  |  |         |  |   | <b>8</b>   |              |            |        |
| <b>A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali</b> |  |         |  |   | <b>3</b>   |              |            |        |
| P.A.1   | Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni   | P.A.1.1 | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | tutte $\geq$ 95%  | 1          |              |            |        |
|   |  | P.A.1.2 | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)             | $\geq$ 95%  | 1          |              |            |        |
|   |  | P.A.1.3 | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ( $\geq$ 65 anni)                                     | $\geq$ 75%  | 1          |              |            |        |
| <b>C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</b> |  |         |  |   | <b>0,5</b> |              |            |        |
| P.C.1   | Prevenzione infortuni sul lavoro   | P.C.1.1 | Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati                                     | Diminuzione   | 0,5        |              |            |        |
| <b>E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori</b>                       |  |         |  |   | <b>1</b>   |              |            |        |
| 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  | $\geq$ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) | 0,2        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.2 | % aziende ovicaprine controllate per anagrafe  | $\geq$ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) | 0,2        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.3 | % capi ovicaprini controllati per anagrafe   | $\geq$ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) | 0,1        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.4 | % aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)   | $\geq$ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%) | 0,1        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.5 | % aziende equine controllate per anagrafe  | $\geq$ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%) | 0,1        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.6 | % allevamenti apistici controllati per anagrafe  | $\geq$ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)  | 0,1        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.7 | esecuzione del PNAA  | minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%) | 0,1        |              |            |        |
|   |  | P.E.1.8 | % controlli di farmacosorveglianza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)                   | Soglia D.Lgs. 193/2006  | 0,1        |              |            |        |



8a78d3e3

AULSS0 pag. 1



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA   | OBIETTIVO   | ctrl    | INDICATORE  | SOGLIA   | ULSS9       | PREREQUISITO  | INDICATORE   | SOGLIA |
|---|---|---------|---|--|-------------|---|--|--------|
| <b>F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening</b> |   |         |   |  | <b>3</b>    |   |  |        |
| P.F.1   | Rispetto degli standard di copertura per screening  | P.F.1.1 | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico  | ≥ 60%  | 1           |   |  |        |
|   |   | P.F.1.2 | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico  | ≥ 50%  | 0,5         |   |  |        |
|   |   | P.F.1.3 | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto   | ≥ 50%  | 0,5         |   |  |        |
| P.F.2   | Promozione di stili di vita sani  | P.F.2.1 | Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)  | ≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)            | 0,5         |   |  |        |
|   |   | P.F.2.2 | Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute                  | ≥ 300  | 0,5         |   |  |        |
| <b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>  |   |         |   |  | <b>20,5</b> |   |  |        |
| <b>A Assistenza sanitaria di base</b>   |   |         |   |  | <b>2</b>    |   |  |        |
| D.A.1   | Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie  | D.A.1.1 | % della programmazione attuata entro la fine del 2019   | ≥ 65%  | 0,5         | Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS                        | % MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio            | 100%   |
|   |   |         |   |  |             |   | % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione                         | 100%   |
| D.A.2   | Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018 | D.A.2.1 | Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI  | diminuzione o mantenimento                     | 0,5         |   |  |        |
|   |   | D.A.2.2 | Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI   | diminuzione o mantenimento                     | 0,5         |   |  |        |
| D.A.3   | Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata   | D.A.3.1 | % MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65) | 100%   | 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 | 100%   |
| <b>B Emergenza sanitaria territoriale</b>   |   |         |   |  | <b>1</b>    |   |  |        |
| D.B.1   | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento                              | D.B.1.1 | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso   | ≤ 18'  | 1           | Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118   | % indicatori rispettati  | 100%   |
| <b>C Assistenza farmaceutica</b>  |   |         |   |  | <b>4</b>    |   |  |        |
| D.C.1   | Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata           | D.C.1.1 | Costo Farmaceutica Convenzionata  | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale | 3           |   |  |        |
|   |   | D.C.1.2 | % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati  | Soglie definite nel vademecum                  | 1           |   |  |        |



AULSSO pag. 2



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA   | OBIETTIVO   | ctrl    | INDICATORE   | SOGLIA                        | ULSS9      | PREREQUISITO  | INDICATORE   | SOGLIA |
|---|---|---------|--|-------------------------------|------------|---|--|--------|
| <b>D Assistenza Integrativa</b>                 |   |         |  |                               | <b>0,5</b> |   |  |        |
| D.D.1   | Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa                         | D.D.1.1 | Costo pro-capite Assistenza Integrativa  | ≤ 15 €                        | 0,5        |   |  |        |
| <b>E Assistenza specialistica ambulatoriale</b> |   |         |  |                               | <b>6</b>   |   |  |        |
| D.E.1   | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale | D.E.1.1 | % prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa       | ≥ 95%                         | 1          | Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50   | % indicatori rispettati  | 100%   |
|   |   | D.E.1.2 | % prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1**+G2**) con tempo di attesa come da normativa | ≥ 95%                         | 0,5        |   |  |        |
|   |   | D.E.1.3 | % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa       | ≥ 95%                         | 1          |   |  |        |
|   |   | D.E.1.4 | % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1**+G2**) con tempo di attesa come da normativa | ≥ 95%                         | 0,5        |   |  |        |
|   |   | D.E.1.5 | % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa       | ≥ 95%                         | 1          |   |  |        |
|   |   | D.E.1.6 | % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1**+G2**) con tempo di attesa come da normativa | ≥ 95%                         | 0,5        |   |  |        |
|   |   | D.E.1.7 | Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica   | Soglie definite nel vademecum | 0,5        |   |  |        |
| D.E.2   | Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN   | D.E.2.1 | Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.            | ≤ 40% o riduzione             | 1          |   |  |        |
| <b>F Assistenza Protetica</b>                   |   |         |  |                               | <b>0,5</b> |   |  |        |
| D.F.1   | Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica                           | D.F.1.1 | Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica   | ≤ 9,5 €                       | 0,5        | Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica   | Spesa inviata nel flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso) | ≥ 95%  |
|   |   |         |  |                               |            | Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b | % spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica suddivisa nei 3 elenchi   | 100%   |



A111SSO pag. 3



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA  | OBBIETTIVO  | ctrl    | INDICATORE   | SOGLIA                              | ULSS9        | PREREQUISITO  | INDICATORE   | SOGLIA  |
|--|---|---------|--|-------------------------------------|--------------|---|--|---|
| <b>H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale</b>      |   |         |  |                                     | <b>5</b>     |   |  |   |
| 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          | Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI  | Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario   | < 10%   |
|  |   | D.H.1.2 | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)  | ≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9) | 0,5          |   |  |   |
|  |   | D.H.1.3 | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)  | ≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)   | 0,5          |   |  |   |
|  |   | D.H.1.4 | % ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita  | ≥ 15%                               | 0,5          |   | PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario  | < 10% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 50% |
|  |   | D.H.1.5 | % dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione   | ≥ 15%                               | mantenimento |   |  |   |
| D.H.2  | Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017                    | D.H.2.1 | % standard rispettati  | 100%                                | 0,5          |   |  |   |
| D.H.3  | Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative           | D.H.3.1 | % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative   | ≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%) | 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.3.2 | % Malati oncologici deceduti in ospedale   | ≤ 20%                               | 0,5          |   |  |   |
|  |   | D.H.3.3 | Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio                  | ≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%) | 0,5          |   |  |   |
| D.H.4  | Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico                        | D.H.4.1 | Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019  | 100%                                | 1            | Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND   | % indicatori rispettati  | ≥ 90%   |
| <b>I Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale</b> |   |         |  |                                     | <b>0,5</b>   |   |  |   |
| D.I.1  | Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice | D.I.1.1 | % ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è ≤ a 7 giorni | ≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%) | 0,5          | Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.   | % Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio. | < 10%   |
|  |   | D.I.1.2 | Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera   | diminuzione                         | osservazione |   |  |   |
| <b>T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio</b>  |   |         |  |                                     | <b>1</b>     |   |  |   |
| D.T.1  | Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili  | D.T.1.1 | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco                       | ≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373) | 0,3          | Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM   | % indicatori rispettati  | 100%  |
|  |   | D.T.1.2 | % ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche   | 0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)     | 0,2          |   |  |   |



AULSSO pag. 4



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA   | OBBIETTIVO  | ctrl    | INDICATORE  | SOGLIA   | ULSS9       | PREREQUISITO  | INDICATORE  | SOGLIA |
|---|---|---------|---|--|-------------|---|---|--------|
| D.T.2   | Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali | D.T.2.1 | % azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018   | 100%   | 0,3         |   |   |        |
|   |   | D.T.2.2 | Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT   | SI   | 0,2         |   |   |        |
| <b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>                           |   |         |   |  | <b>18</b>   |   |   |        |
| <b>A Pronto soccorso</b>                                |   |         |   |  | <b>0,5</b>  |   |   |        |
| O.A.1   | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)                        | O.A.1.1 | Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)   | ≤ 4 ore  | 0,5         | Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS              | % indicatori rispettati   | 100%   |
| <b>T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali</b> |   |         |   |  | <b>17,5</b> |   |   |        |
| O.T.1   | Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari   | O.T.1.1 | Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi  | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale                     | 2,5         | Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri | % indicatori rispettati   | 100%   |
|   |   | O.T.1.2 | Costo Dispositivi Medici  | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale                     | 2           | Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM                   | % indicatori rispettati   | 100%   |
|   |   | O.T.1.3 | Costo IVD   | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale                     | 0,5         | Rispetto della completezza del flusso DM                                  | % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3) | ≥ 95%  |
|   |   | O.T.1.4 | Costo pro capite pesato diretta di classe A-H   | ≤ 122€   | 0,5         |   |   |        |
|   |   | O.T.1.5 | % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati  | Soglie definite nel vademecum                                      | 0,5         |   |   |        |
| O.T.2   | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici                     | O.T.2.1 | % DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa  | ≥90%   | 2           | Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO                  | % indicatori rispettati   | 100%   |
|   |   | O.T.2.2 | % DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa  | ≥85% primo semestre;<br>≥90% secondo semestre                      | 1,5         |   |   |        |
| O.T.3   | Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE  | O.T.3.1 | % indicatori Treemap rispettati o in miglioramento  | Soglie definite nel vademecum                                      | 1           |   |   |        |
|   |   | O.T.3.2 | Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui | ≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)                                | 0,5         |   |   |        |
|   |   | O.T.3.3 | Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni  | ≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)                                | 0,5         |   |   |        |
|   |   | O.T.3.4 | % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario                         | ≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)                                | 0,5         |   |   |        |
|   |   | O.T.3.5 | % di parti cesarei primari  | ≤ 25% se > 1.000 parti all'anno<br>≤ 20% se < 1.000 parti all'anno | 0,5         |   |   |        |



AULSSO pag. 5



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA   | OBBIETTIVO  | ctrl    | INDICATORE   | SOGLIA                       | ULSS9 | PREREQUISITO   | INDICATORE   | SOGLIA |
|-------|---|---------|--|------------------------------|-------|--|--|--------|
| O.T.6 | Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera | O.T.6.1 | ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche       | >= 5%                        | 1     |  |  |        |
|       |   | O.T.6.6 | FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione  | <= -5%                       | 1     |  |  |        |
|       |   | O.T.6.7 | FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS                                   | >= 90                        | 1     |  |  |        |
| O.T.7 | Miglioramento dell'appropriatezza   | O.T.7.1 | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario | ≤ 15%                        | 1     |  |  |        |
| O.T.8 | Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi                        | O.T.8.2 | Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati   | ≥ 10 audit su eventi avversi | 0,5   |  |  |        |
| O.T.9 | Controllo delle infezioni correlate all'assistenza                        | O.T.9.1 | N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione  | ≥ 3                          | 0,5   | Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza | Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza | SI     |

**PROCESSI DI SUPPORTO** 14

**A Programmazione delle risorse** 7,5

|       |  |         |  |  |              |  |
|-------|--|---------|--|--|--------------|--|
| S.A.1 | Rispetto della programmazione regionale sulle risorse            | S.A.1.1 | Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)  | ≤ 0  | 2            |  |
|       |  | S.A.1.3 | Costo del Personale  | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale | 3            |  |
| S.A.2 | Efficienza finanziaria   | S.A.2.1 | Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)   | ≤ 0 gg   | mantenimento |  |
|       |  | S.A.2.2 | Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato   | ≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)         | 1,5          |  |
| S.A.3 | Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC) | S.A.3.1 | Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit | Nei tempi previsti dai rapporti di audit       | 0,5          |  |



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA  | OBBIETTIVO   | ctrl    | INDICATORE   | SOGLIA   | ULSS9        | PREREQUISITO  | INDICATORE   | SOGLIA                           |
|--|--|---------|--|--|--------------|---|--|----------------------------------|
| S.A.4  | Internal audit   | S.A.4.1 | Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo                                 | Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero                                | 0,5          |   |  |                                  |
| <b>B Informatizzazione</b>                         |  |         |  |  | <b>3</b>     |   |  |                                  |
| S.B.1  | Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)  | S.B.1.1 | Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr                          | ≥ 98% per il mantenimento<br>≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018 | 1            |   |  |                                  |
|  |  | S.B.1.2 | Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo  | Secondo le scadenze date da Azienda Zero   | 0,25         |   |  |                                  |
|  |  | S.B.1.3 | Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)                                     | Soglie definite nel vademecum  | 0,25         |   |  |                                  |
|  |  | S.B.1.4 | Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo                                     | 100%   | 1            |   |  |                                  |
| S.B.2  | Attività propedeutiche ad avvio SIO  | S.B.2.1 | Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara | Secondo programmazione   | 0,5          | Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out | % partecipazione   | 100%                             |
| S.B.5  | Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito         | S.B.5.1 | % indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati  | 100%   | Mantenimento |   |  |                                  |
| <b>C Percorso autorizzativo CRITE</b>              |  |         |  |  | <b>2</b>     |   |  |                                  |
| S.C.1  | Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera | S.C.1.1 | Realizzazione REMS a Nogara  | Entro 31.12.2019   | 1            |   |  |                                  |
| S.C.3  | Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate   | S.C.3.1 | % assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione   | ≥ 90%  | 1            |   |  |                                  |
| <b>D Centralizzazione dei processi di supporto</b> |  |         |  |  | <b>1</b>     |   |  |                                  |
| S.D.3  | Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi       | S.D.3.1 | % schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto   | Soglie definite per singolo item   | 0,5          | Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC   | Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione | Soglie definite per singolo item |
|  |  | S.D.3.2 | N. schede di segnalazione pervenute al RM  | > 30 segnalazioni/ mese  | 0,5          |   |  |                                  |
| <b>E Trasparenza e anticorruzione</b>              |  |         |  |  | <b>0,5</b>   |   |  |                                  |
| S.E.1  | Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza   | S.E.1.1 | Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione   | SI   | 0,5          |   |  |                                  |



AULSS n. 9 Scaligera

| LEA   | OBIETTIVO   | ctrl    | INDICATORE   | SOGLIA | ULSS9        | PREREQUISITO | INDICATORE | SOGLIA |
|---|---|---------|--|--------|--------------|--------------|------------|--------|
| <b>F Rispetto delle direttive regionali</b> |   |         |  |        |              |              |            |        |
| S.F.1                                       | Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli                                      | S.F.1.1 | Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019 | SI     | Mantenimento |              |            |        |
| S.F.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) | S.F.2.1 | % richieste puntualmente soddisfatte   | 100%   | Mantenimento |              |            |        |

**Legenda**

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.

A ciascun indicatore è associato un peso, differenziato per la tipologia di azienda sanitaria.

Gli obiettivi di osservazione non hanno peso.

Gli obiettivi di mantenimento non danno punteggio ma, qualora non raggiunti, prevedono una penalizzazione come descritto in delibera.

Il pareggio di bilancio è pre-requisito per la valutazione degli obiettivi.

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.



AULSSO pag. 8

