



LINEA STRATEGICA																		
AMBITO LEA																		
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREGUISITO	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV
							60	60	60	60	60	60	60	60	60	80	80	80
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza																		
O-ASSISTENZA OSPEDALIERA																		
S.O.1	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Digitalizzazione DEA I e DEA II	S.O.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - DEA I e DEA II	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2	2,5	2,5	2,5
		S.O.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - DEA I e DEA II	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - DEA I e DEA II	si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	2
S.O.2	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Grandi apparecchiature	S.O.2.1	Tempestività nel procedere a ordine di acquisto in gara Consip - Grandi apparecchiature	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2		1,2	1		1	1,2	2,5	2,5	
		S.O.2.2	Conclusione procedure di acquisto in corso al 30/04 - Grandi apparecchiature	si (come da scheda vademecum)			0,6	0,6	1	1	1	0,6	1	0,6	1	1,5	1,5	2,5
S.O.3	Perseguimento M6 C2 intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	S.O.3.1	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t1 2023 - ospedale sicuro	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - ospedale sicuro	si	1,5	1,5				1,5		1,5				
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA																		
S.D.1	Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA'	S.D.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Case della Comunità	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2			
		S.D.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - Case della Comunità	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Case della Comunità	si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
S.D.2	Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT	S.D.2.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - COT	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2			
		S.D.2.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - COT	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - COT	si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
S.D.3	Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità	S.D.3.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Ospedali di Comunità	si (come da scheda vademecum)			1	1	1,2	1,5	1,2	1	1,5	1	1,2	2	2	
		S.D.3.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - Ospedali di Comunità	si (come da scheda vademecum)	invio del programma per la realizzazione dell'intervento su format ministeriale entro il 31/07/2022 - Ospedali di Comunità	si	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P-PREVENZIONE																		
S.P.1	Sviluppo del piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale	S.P.1.1	Adozione del piano strategico-operativo aziendale secondo le indicazioni DGR 187/22	si (come da scheda vademecum)	Approvazione delibera PANFLU entro il 31/12/2022	si	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6	3	3	3
S-PROCESSI DI SUPPORTO																		
S.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	S.S.1.1	Indicatori di alimentazione FSE (IA1 bozza decreto interministeriale "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")	si (come da scheda vademecum)			1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	3	3	3
		S.S.2	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.S.2.1	Avvio in produzione del Sio entro il 31/12/22 nei distretti previsti	si (come da scheda vademecum)		1,8			1,8							
		S.S.2.2	Completamento attività propedeutiche per avvio del Sio	si (come da scheda vademecum)				1,8	1,8		1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	4		4



9b06bb3e



LINEA STRATEGICA																		
AMBITO LEA																		
Cod_Ob	OGGETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQUISITO	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV
S.S.3	Mantenimento indicatori di completezza, qualità e coerenza dei flussi	S.S.3.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	si (come da scheda vademecum)	rispetto tempistiche dei flussi ministeriali	100%	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	3	3	3
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza								12	12	12	12	12	12	12	12	8	8	8
O-ASSISTENZA OSPEDALIERA																		
A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale 1	A.O.1.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2	2	2
A.O.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale 2	A.O.2.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2	2	2
A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale 3	A.O.3.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 3	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	2	2	2
A.O.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale	A.O.4.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale			1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	2	2	2
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA																		
A.D.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Distretto 1	A.D.1.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 1	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9			
A.D.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Distretto 2	A.D.2.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 2	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9			
A.D.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Distretto 3	A.D.3.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 3	rispetto soglia nazionale			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9			
A.D.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali-Distretto	A.D.4.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale			1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3			
P-PREVENZIONE																		
A.P.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione 1	A.P.1.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 1	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7			
A.P.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione 2	A.P.2.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 2	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7			
A.P.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione 3	A.P.3.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 3	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7			
A.P.4	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione 4	A.P.4.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 4	rispetto soglia nazionale			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7			
A.P.5	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione	A.P.5.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale			1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2			
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari								12	12	12	12	12	12	12	12	16	16	16
S-PROCESSI DI SUPPORTO																		
E.S.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.S.1.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4
		E.S.1.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3
		E.S.1.3	Rispetto del limite di Costo IVD 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3
		E.S.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	



LINEA STRATEGICA																		
AMBITO LEA																		
Cod_Ob	OBBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQUISITO	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV
		E.S.1.5	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
		E.S.1.6	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2022	<= soglia assegnata con provvedimento regionale			1	1	1	1	1	1	1	1	1			
		E.S.1.7	Rispetto del costo pro-capite Assistenza Integrativa 2022	<= 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	0,5	0,5
		E.S.1.8	Rispetto del costo pro capite per Assistenza Protesica 2022	<= 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	0,5	0,5
E.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria	E.S.2.1	Allineamento dati PCC e stock del debito scaduto (circolare MEF n. 17/22)	0			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
		E.S.2.2	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5
		E.S.2.3	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	0			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5
		E.S.2.4	monitoraggio delle azioni previste nel Piano attuativo di certificabilità (PAC)	si (come da scheda vademecum)			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5
E.S.3	Sviluppo valutazioni su pianificazione degli investimenti	E.S.3.1	Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
		E.S.3.2	Rispetto indicatori costo efficacia e costo efficienza definiti da Crite	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
E.S.4	Miglioramento processo di accreditamento	E.S.4.1	Garantire supporto al processo di accreditamento attraverso i valutatori aziendali nel rispetto del piano delle verifiche predisposto da Azienda Zero	si (come da scheda vademecum)			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
E.S.5	Miglioramento gestione servizi di prenotazione	E.S.5.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto	>=80%			0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
		E.S.5.2	Progressivo aumento delle prenotazioni in interoperabilità sincrona	si (come da scheda vademecum)			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
E.S.6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	E.S.6.1	Redazione di un progetto per migliorare l'efficienza delle sale operatorie	si (come da scheda vademecum)			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
E.S.7	Rispetto dei vincoli di costo del Personale	E.S.7.1	Rispetto degli obiettivi di costo del personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale			1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	2,3	2,3	3
E.S.8	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L. R. n. 21/2010)	E.S.8.1	% richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" puntualmente soddisfatte	100%			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
E.S.9	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	E.S.9.1	Rispetto dei requisiti stabiliti per la soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	si (come da scheda vademecum)			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza							18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	32,0	32,0	36,0
O-ASSISTENZA OSPEDALIERA																		



LINEA STRATEGICA																			
AMBITO LEA																			
Cod_Ob	OBBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQUISITO	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
Q.O.1	Recupero ricoveri di pazienti veneti effettuati fuori regione	Q.O.1.1	Recupero mobilità passiva / aumento mobilità attiva specifico per azienda sanitaria	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	2	2	2	
Q.O.2	Sviluppo indagini di qualità percepita dai pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)	Q.O.2.1	Implementazione scheda di rilevazione "azioni di miglioramento" per indagini PREMs e PROMs	si				0,3				0,3		0,3				1,8	
		Q.O.2.2	Avvio indagine PREMs	si			0,3	0	0,3	0,3	0,3	0	0,3	0	0,3	1	1		
		Q.O.2.3	Avvio indagine PaRIS	si			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	
Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.O.3.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	>=20%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1		
		Q.O.3.2	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 0-1 giorni	>=80%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1		
		Q.O.3.3	Proporzione di ictus ischemici o emorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118	>=65%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	
		Q.O.3.4	chiusura degli accessi di PS fast track da parte dello specialista	>=90%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	
Q.O.4	Monitoraggio posti letto terapia intensiva	Q.O.4.1	Numero di segnalazioni per miglioramento tempestività e/o accuratezza da parte coordinamento terapie intensive	<5			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	0,8	
Q.O.5	Utilizzo appropriato degli emoderivati secondo le linee di indirizzo AIFA e CNS	Q.O.5.1	Predisposizione report emoderivati trimestrale, secondo il format definito	100%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	1	
		Q.O.5.2	N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione	>=15%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1	1	1
Q.O.6	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.O.6.1	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,6	1,6		
Q.O.7	Sviluppo dei sistemi informativi per la rete oncologica e ematologica veneta	Q.O.7.1	Configurazione e validazione dei protocolli oncologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete oncologica veneta	100%														2	
		Q.O.7.2	Configurazione e validazione dei protocolli ematologici regionali nel sistema informativo a supporto della rete ematologica veneta	100%													2	2	
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA																			
Q.D.1	Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie	Q.D.1.1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo ex DGR 162 del 22/02/2022	si (come da scheda vademecum)			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Q.D.1.2	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità	si (come da scheda vademecum)			0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	1	1	1
		Q.D.1.3	Tempi medi specialistica 2022 per prestazioni con priorità B (escluso laboratorio) su prescritte ultimi 12 mesi	< valore maggio 2021			0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	1	1	1
Q.D.2	Miglioramento assistenza domiciliare	Q.D.2.1	Attività propedeutiche all'implementazione dei sistemi informativi regionali: Cartella unica regionale di Cure Domiciliari e del Sistema informativo Continuità Assistenziale	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3				
		Q.D.2.2	Rispetto degli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 ed adeguamento del modello	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
		Q.D.2.3	% anziani >=65 anni trattati in ADI	> valore 2021			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili	Q.D.3.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo dell'attività di telemedicina	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3				
		Q.D.3.2	COT: adeguamento alle funzioni previste con DGR 1103/2020 e da provvedimenti regionali in attuazione del PNRR e della programmazione regionale	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,5	0,5	1	
		Q.D.3.3	Attuazione PDTA assunzione personale CSM previsto dalla DGR 371/2022	>= 75%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			



LINEA STRATEGICA																		
AMBITO LEA																		
Cod_Ob	OGGETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQUISITO	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV
		Q.D.3.4	Adeguare l'organizzazione del personale dell' Unità Operativa per la tutela della salute della persone con limitazione della libertà agli standard definiti dalla DGR n. 1669 del 29 novembre 2021	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3			0,3		0,3	0,3			
		Q.D.3.5	Completamento programmazione residenziale extraospedaliera salute mentale prevista dalla DGR1673/18 e succ.	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.D.4	Sviluppo degli ospedali di comunità	Q.D.4.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo degli Ospedali di comunità	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6		0,6
T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA																		
Q.T.1	Sviluppo offerta area anziani	Q.T.1.1	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	>41			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.T.2	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)	Q.T.2.1	Partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer (Legge n. 178 del 30.12.2020, articolo 1 comma 330)	100%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6		0,6
		Q.T.2.2	Delibera di adozione del Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e della presa in carico del paziente Alzheimer	Si			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	
Q.T.3	Consolidamento del flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità	Q.T.3.1	FAD: % prese in carico con errore bloccante (misurazione nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio)	<5%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.T.4	Implementazione dell'Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) - DGR 1215/21	Q.T.4.1	Rispetto delle linee di indirizzo per la costituzione delle equippe delle UFDA e misurazione degli indicatori di monitoraggio	si (come da vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.T.5	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Q.T.5.1	Gioco d'azzardo patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	si (come da vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
P-PREVENZIONE																		
Q.P.1	Attivazione processi intersettoriali a sostegno del Piano regionale Prevenzione	Q.P.1.1	Costituzione e attivazione dei 6 tavoli intersettoriali aziendali previsti nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.P.2	Monitoraggio campagna vaccinazioni Covid	Q.P.2.1	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione come da indicazioni ministeriali	si			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
Q.P.3	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.P.3.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	si (come da vademecum)			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
		Q.P.3.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo completo sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.P.4	Aumentare la sicurezza sul lavoro in accordo con le Parti Sociali	Q.P.4.1	Sottoscrizione di accordi con le Parti Sociali per l'avvio di almeno 3 piani mirati di prevenzione nei settori produttivi a rischio	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Q.P.5	Garantire la biosicurezza degli allevamenti	Q.P.5.1	Registrazione delle check list per la verifica della biosicurezza degli allevamenti	100%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
S-PROCESSI DI SUPPORTO																		
Q.S.1	Indagini di qualità del clima interno	Q.S.1.1	Avvio indagine Clima Interno	si			0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,4		1,4
Q.S.2	Accelerazione del processo di alienazione dei beni del patrimonio disponibile	Q.S.2.1	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2022-2024 per l'annualità 2022	si			0,3	0,3	0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1		1
Q.S.3	Risposta ai rilievi del Collegio Sindacale	Q.S.3.1	Azzeramento dei rilievi aperti e non superati nei verbali del Collegio Sindacale relativi alle proroghe contrattuali	si			0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	1		1
Q.S.4	Sviluppo rete radioterapia	Q.S.4.1	Aggiudicazione appalto integrato Bunker di radioterapia di Castelfranco Veneto	si														2,5
Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici	Q.S.5.1	Potenziamento della raccolta dati di farmacovigilanza	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2		1,2



LINEA STRATEGICA																			
AMBITO LEA																			
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	PREREQUISITO	SOGLIA PREREQUISITO	Uiss 1	Uiss 2	Uiss 3	Uiss 4	Uiss 5	Uiss 6	Uiss 7	Uiss 8	Uiss 9	AOU PD	AOU VR	IOV	
		Q.S.5.2	Potenziamento della raccolta dati su dispositivo vigilanza	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,4	
		Q.S.5.3	% di pazienti avviati al trattamento con farmaci soggetti a PT	>5% (pt 2021)			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	0	
		Q.S.5.4	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	< al valore medio tra le tre migliori performances aziendali anno 2021			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3				
		Q.S.5.5	Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 5% in ambito ospedaliero rispetto al 2016	> 5% rispetto al 2016			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,4	
		Q.S.5.6	Pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento	>80%			0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,4	
		Q.S.5.7	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	si (come da scheda vademecum)			0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	1,2	1,2	1,4	
Q.S.6	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	Q.S.6.1	Realizzazione della biobanca presso lo IOV-IRCCS con presa in carico CRIBT da ULSS 3, in attuazione alla DGR n. 190 del 28.2.2022	si (come da scheda vademecum)															2,5
		Q.S.6.2	Aumento del numero di pazienti in sperimentazione clinica	> del valore 2021															2,5
Q.S.7	Valorizzazione del ruolo di HUB dell'Istituto Oncologico Veneto	Q.S.7.1	Presentazione di un progetto condiviso di collaborazione per l'attività ambulatoriale di oncologia degli ospedali di Portogruaro e di Piove di Sacco (come da indicazioni della DGR 614/2019) e contestuale aumento di attività di telemedicina	si (come da scheda vademecum)						0,2		0,2							2,5
PREREQUISITO DI ACCESSO AL SISTEMA DI VALUTAZIONE: Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19																			



ALLEGATO A2

	Ulss 1	Ulss 2	Ulss 3	Ulss 4	Ulss 5	Ulss 6	Ulss 7	Ulss 8	Ulss 9	AOU PD	AOU VR	IOV
ASSISTENZA OSPEDALIERA												
Tumore operato della mammella: Tempestività dell'inizio della terapia medica-PDTA06.2												A.O.1.1
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	A.O.1.1		A.O.1.1	A.O.1.1	A.O.1.1			A.O.1.1	A.O.1.1			
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.										A.O.1.1	A.O.1.1	
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario		A.O.1.1	A.O.2.1		A.O.2.1		A.O.1.1	A.O.2.1	A.O.2.1		A.O.2.1	
C2A.M Indice di performance degenza media- drg medici	A.O.2.1									A.O.2.1		
H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni				A.O.2.1		A.O.1.1	A.O.2.1				A.O.3.1	
H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	A.O.3.1	A.O.2.1	A.O.3.1			A.O.2.1	A.O.3.1	A.O.3.1		A.O.3.1		
Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni												A.O.2.1
Volumi interventi di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA		A.O.3.1		A.O.3.1	A.O.3.1							
Volumi interventi di PTCA						A.O.3.1				A.O.3.1		
Prestazioni erogate dagli acceleratori lineari del 3° bunker di Schiavonia e dell' acceleratore Ethos di Padova												A.O.3.1
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali - Ospedale (*)	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1	A.O.4.1
ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA												
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	A.D.1.1	A.D.1.1		A.D.1.1								
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso					A.D.1.1	A.D.1.1						
D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.1.1	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.1.1	A.D.1.1	A.D.1.1			
D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	A.D.3.1	A.D.3.1	A.D.2.1			A.D.3.1	A.D.2.1	A.D.2.1	A.D.2.1			
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per diabete			A.D.3.1		A.D.3.1		A.D.3.1	A.D.3.1	A.D.3.1			
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore				A.D.3.1								
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto (**)	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1	A.D.4.1			
PREVENZIONE												
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella		A.P.1.1				A.P.1.1	A.P.1.1		A.P.1.1			
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina								A.P.1.1				
P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	A.P.1.1		A.P.1.1	A.P.1.1	A.P.1.1							
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)						A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1				
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.2.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.2.1			
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	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1	A.P.3.1		A.P.4.1		A.P.3.1			
P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1	A.P.4.1		A.P.4.1	A.P.4.1			
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione (***)	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1	A.P.5.1			

(*) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG e sui seguenti indicatori:

Volumi interventi di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Volumi interventi di PTCA

(**) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG e sul seguente indicatore:

B4.1.1A "Consumo di oppioidi sul territorio"

(***) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG e sui seguenti indicatori:

P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)

P16C - Proporzioni di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.



9b06bb3e

