



Allegato 1 Performance

SDG	LINEA STRATEGICA	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	FONTE	INDICATORE	VALORE ATTESO 2024	VALORE ATTESO 2025	VALORE ATTESO 2026	Punti Ulss 6	
3	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero	S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	S.1.D.1	G	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi	>90%	>90%	>90%	1,7	
				S.1.D.2	G	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	>90%	>90%	1,7	
				S.1.D.3	G	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	>90%	>90%	1,3	
				S.1.D.4	G	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia			1,3	
				S.1.D.5	G	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia			1,3	
				S.1.D.6	G	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia			1,4	
				D10Z	G	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B		≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	*
		S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico	S.1.D.7a	G	% di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia				1,7
				S.1.D.7b	G	% di adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia				
		S.1.D.8	Adozione di un accordo AOPD-ULSS e suo monitoraggio	S.1.D.8a	G	Adozione di un accordo con AOPD	Entro la data stabilita dalla Regione	Entro la data stabilita dalla Regione	Entro la data stabilita dalla Regione	1,8	
				S.1.D.8b	G	Monitoraggio dei contenuti dell'accordo con AOPD	Mensile				
		S.1.D.9	Adozione di un accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	S.1.D.9	G	Adozione di un accordo con IOV sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	Entro la data stabilita dalla Regione	Entro la data stabilita dalla Regione	Entro la data stabilita dalla Regione	0	
		Q.12	Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	Q.12.O.1	G	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	0,6	
		S.1.O.1	Mantenimento dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici	S.1.O.1	A	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici		≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
D.1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, compreso screening, come da piano operativo	D.1	C	Volumi erogati di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, compreso screening		≥ anno precedente			4		
Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR	S.3	Perseguimento PNRR Missione 6	S.3.S.1	G	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	Milestone PNRR: avanzamento lavori	Milestone PNRR: avanzamento lavori Indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Milestone PNRR: consegna edifici	1,2		
			B.1	C	Invio di una relazione sullo stato di attuazione della dotazione assistenziale territoriale - strutture intermedie	Si			1,5		
			B.5	C	Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione delle Case della comunità	Si			1		
			S.3.S.2	G	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	Milestone PNRR: consegna edifici Indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	1,2		
			S.3.S.3	G	PNRR: "Grandi apparecchiature"	Istallazione apparecchiature			1,2		
			S.3.S.4	G	PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"	Avanzamento lavori 20%	Avanzamento lavori 70%	Milestone PNRR: conclusione lavori	1,2		
			S.3.S.5	G	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Incremento del numero di applicazioni sanitarie che alimentano il FSE nello standard 2.0 Almeno due applicazioni	Incremento del numero di applicazioni sanitarie che alimentano il FSE nello standard 2.0 Almeno due applicazioni aggiuntive	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	1,2		

SDG	LINEA STRATEGICA	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	FONTE	INDICATORE	VALORE ATTESO 2024	VALORE ATTESO 2025	VALORE ATTESO 2026	Punti Ulss 6
				S.3.S.6	G	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Completamento della copertura wireless dei presidi ospedalieri Installazione dell'infrastruttura hardware	Configurazione delle sottoreti (VLAN) funzionali alla sicurezza della rete aziendale	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	1,2
				S.3.S.7	G	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22		1,2
				E.2	C	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	Sistema di gestione progetti unico avviato e aggiornato	Sistema di gestione progetti unico avviato e a aggiornato	Sistema di gestione progetti unico avviato e a aggiornato	2
	Contenimento dei costi di produzione entro i limiti fissati dalla Regione	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica	E.1.S.1a	G	Costo Farmaceutica acquisti diretti	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale			1
E.1.S.1b				G	Costo DPC Farmaci	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale				
E.1.S.2		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici	E.1.S.2a	G	Costo Dispositivi Medici	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale			1	
			E.1.S.2b	G	Costo IVD	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale				
			E.1.S.2c	G	Costo DPC Dispositivi Medici e IVD	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale				
E.1.S.3		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata	E.1.S.3	G	Costo Farmaceutica Convenzionata 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale			1	
E.1.S.4		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa	E.1.S.4a	G	Costo pro-capite per Assistenza Protesica	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale			1	
			E.1.S.4b	G	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale				
E.3.S.3		Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui del fondo della dirigenza	E.3.S.3a	G	Costo del personale	≤ 349.331.772 €			1,4	
			E.3.S.3b	G	Valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024	< valore registrato nel 2023				
	A.3.S.3		A	Rispetto dei limiti di costo definiti dal DL 78/2010	≤ 50% del valore 2009	≤ 50% del valore 2009	≤ 50% del valore 2009			
E.2.S.1	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.2.S.1	G	Costi della produzione rilevati al IV CECT	≤ 2.023.845.074€ o ulteriori soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1,4		
Miglioramento/ mantenimento nell'erogazione dei LEA - promozione della salute	A.1.P	Miglioramento nell'erogazione dei LEA - prevenzione	P15Ca	G	P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	1	
			P02C	G	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	1	
	A.2.P.1	Mantenimento nell'erogazione dei LEA - prevenzione	P10Z	G	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.	100%	100%	100%	2	
			P12Z	G	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	100%	100%	100%		
			P08Z	G	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%		
			P15Cb	G	P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%		
			P15Cc	G	P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%		
			P15C2a	G	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)		
			P15C2b	G	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)		
			P16C	G	P16C - Proporzioni di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	≤ 25%	≤ 25%	≤ 25%		
P14C	G	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)					

SDG	LINEA STRATEGICA	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	FONTE	INDICATORE	VALORE ATTESO 2024	VALORE ATTESO 2025	VALORE ATTESO 2026	Punti Ulss 6
				P01C	G	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	
		Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Q.4.P.1a	G	% copertura vaccinale negli over 65 per influenza	≥ 60% (punteggio parziale se ≥ 40%)	≥ 60% (punteggio parziale se ≥ 40%)	≥ 60% (punteggio parziale se ≥ 40%)	0,2
	Q.4.P.1b			G	% copertura vaccinale negli over 65 per pneumococco	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 40%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 40%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 40%)	0,2	
	Q.4.P.1c			G	% copertura vaccinale negli over 65 per Herpes Zoster	≥ 50% (punteggio parziale se ≥ 40%)	≥ 50% (punteggio parziale se ≥ 40%)	≥ 50% (punteggio parziale se ≥ 40%)	0,2	
		Q.4.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni	Q.4.P.2	G	% copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	0,6
		Q.2.P.1	Attuare i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati	Q.2.P.1	G	Attuazione nel proprio territorio dei Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	125 aziende controllate PMP Logistica, Legno e Metalmeccanica (pari al 100%)	100% obiettivi fissati a livello regionale	100% obiettivi fissati a livello regionale	0,8
		Q.3.P.1	Attuazione del Piano Pandemico	Q.3.P.1	G	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	0,6
		A.1	Aggiornamento del Piano Pandemico	A.1	C	Approvazione dei documenti attuativi del Piano Pandemico 2021-2023	Aggiornamento del Piano Aziendale			1
	Miglioramento/ mantenimento nell'erogazione dei LEA - assistenza ospedaliera	A.1.O	Miglioramento nell'erogazione dei LEA - assistenza ospedaliera	H03Z	G	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della	≤ 8%	≤ 8%	≤ 8%	1
				H17C	G	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%	1
		A.2.O.1	Mantenimento nell'erogazione dei LEA - assistenza ospedaliera	H18C	G	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	2
				H08Za	G	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG): "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia)"	≥ 15%			
				H08Zb	G	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina): n. report semestrali su emoderivati	2			
				H02Z	G	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
				H04Z	G	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%	
				H05Z	G	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
				H13C	G	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	
				H23C	G	H23C - Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%	
				G	Candidati trapianto rene da donatore vivente	≥ 5 coppie (Aziende senza centro trapianti di rene) > 0,6 (presidi senza pneumochirurgia)	≥ 5 coppie (Aziende senza centro trapianti di rene) > 0,6 (presidi senza neurochirurgia)	≥ 5 coppie (Aziende senza centro trapianti di rene) > 0,6 (presidi senza neurochirurgia)		
				G	Segnalazione potenziali donatori di organo					
				G	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	≤ 37,5 o trend in diminuzione	≤ 37,5 o trend in diminuzione	≤ 37,5 o trend in diminuzione		
				PDTA07	G	PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum	
				PDTA09	G	PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum	
		PDTA06.2_BIS	G	PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum			
		G	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum				
		C10.3.1	G	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum			

SDG	LINEA STRATEGICA	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	FONTE	INDICATORE	VALORE ATTESO 2024	VALORE ATTESO 2025	VALORE ATTESO 2026	Punti Ulss 6
				B.4	C	% di istituti che effettuano IVG / istituti con reparto di ostetricia	≥ media nazionale (63,8% nel 2021)			1,5
				B.6	C	N. cicli iniziati con tutte le tecniche (I, II, III livello) per milione di	> anno precedente			2
		Q.8	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.8.O.1	G	% di parti con almeno un evento avverso	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%	0,8
		Q.7	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione	Q.7.O.1	G	Valore dell'attrazione per pazienti extraregione	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	0,6
	Miglioramento/mantenimento nell'erogazione dei LEA - assistenza distrettuale	A.2.D.1	Mantenimento nell'erogazione dei LEA - assistenza distrettuale	D01C	G	D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum	2
				D02C	G	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus	<18	<18	<18	
				D03C	G	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	≤ 343	≤ 343	≤ 343	
				D04C	G	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 109	≤ 109	≤ 109	
				D09Z	G	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18'	≤ 18'	≤ 18'	
				D22Z	G	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	CIA 1 ≥ 4,0 x 1.000, CIA 2 ≥ 2,5 x 1.000, CIA 3 ≥ 2,0 x 1.000	CIA 1 ≥ 4,0 x 1.000, CIA 2 ≥ 2,5 x 1.000, CIA 3 ≥ 2,0 x 1.000	CIA 1 ≥ 4,0 x 1.000, CIA 2 ≥ 2,5 x 1.000, CIA 3 ≥ 2,0 x 1.000	
				D27C	G	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	
				D33Z	G	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	≥ 41 % (≥ 24,6 % punteggio parziale)	≥ 41 % (≥ 24,6 % punteggio parziale)	≥ 41 % (≥ 24,6 % punteggio parziale)	
		Q.5.D.2	Appropriatezza nell'accesso al PS	Q.5.D.2	G	D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	≤ 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	≤ 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	≤ 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	1,2
		Q.10	Appropriatezza prescrittiva	Q.10.S.1	G	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi	≤ 52,2% o in miglioramento	≤ 52,2% o in miglioramento	≤ 52,2% o in miglioramento	1,2
	Sviluppo dell'assistenza territoriale e dell'offerta di servizi socio sanitari	S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.4.D.1	G	Avanzamento dei lavori dei GdL: ADI/Cure Palliative, IFOC (infermiere di famiglia), COT e Telemedicina, PUA (Punto Unico Accesso della Casa della Comunità), 116117, Distretti, Prevenzione	Secondo le indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22			1,2
				S.4.D.2	A	Attivazione di un gruppo di coordinamento aziendale per la definizione di un modello organizzativo aziendale di governo del	GdL DM 77 attivato e modello organizzativo definito	-	-	
		Q.5	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Q.5.D.1	G	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	1,2
		Q.5.D.3	Potenziamento delle Cure Palliative	Q.5.D.3	G	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	0,6
				D30Z	G	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	≥ 55%	≥ 55%	≥ 55%	*
		B4.1.1A	G	Consumo di oppioidi sul territorio (Bersaglio B4.1.1A)	> 4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	> 4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	> 4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	1		
		Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	G	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	1,2
A.11	Piano di sviluppo delle Cure Primarie	A.11	A	Definizione del nuovo Piano triennale 2024-2026 delle Cure Primarie	Si					
	Contrasto dell'antimicrobico-		Contrasto dell'antimicrobico-resistenza e	D14C_RV	G	D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	< 5652	< 5652	< 5652	1

SDG	LINEA STRATEGICA	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	FONTE	INDICATORE	VALORE ATTESO 2024	VALORE ATTESO 2025	VALORE ATTESO 2026	Punti Ulss 6
3	resistenza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Q.1	prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	Q.1.P.1	G	Punteggio SPINCAR ottenuto dall'Azienda	> punteggio medio nazionale	> punteggio medio nazionale	> punteggio medio nazionale	1
				H16S	G	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	Come da vademecum	Come da vademecum	Come da vademecum	*
	Prosecuzione interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	G	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988)	PO Piove di Sacco, PO Camposampiero: trasmissione PTFE ex DLgs 36/23 (ex progetto definitivo) approvato Sale Operative Cittadella: avvio gara appalto integrato lavori	PO Piove di Sacco, PO Camposampiero: appalto lavori Sale Operative Cittadella: esecuzione lavori	PO Piove di Sacco, PO Camposampiero: esecuzione lavori Sale Operative Cittadella: ultimazione lavori	1,2
	Avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e ulteriori obiettivi di digitalizzazione	S.4.S.1	Avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)	S.4.S.1	A	Completamento avvio nei quattro presidi ospedalieri	Si			
				F.3	C	Relazione su implementazione del Sistema Informativo Ospedaliero	Si			1
		A.2	Aggiornamento delle applicazioni dipartimentali nell'ambito della strategia "cloud" nazionale	A.2	A	Avvio nuove applicazioni dipartimentali selezionate dalla Regione (C.d. "sette sorelle")	avvio di almeno due dipartimentali	avvio delle applicazioni restanti	dati storici trasferiti nelle nuove applicazioni	
		Q.9	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.5.D.4a	G	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	1,2
				Q.5.D.4b	G	Messa a regime del flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	1,2
Q.9.S.1	G	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	1,2				
Cyber security e protezione dati personali	F.2	Implementazione gestione Cyber Security	F.2a	C	Adesione al CERT regionale e Completa operatività del processo di gestione dell'incidente di sicurezza informatica	almeno 3 penetration test effettuati	almeno 6 penetration test effettuati	almeno 12 penetration test effettuati		
			F.2b	A	Simulazioni di emergenza informatica	almeno una simulazione "table top" di emergenza	almeno 2 simulazioni "table top" di emergenza	almeno 3 simulazioni "table top" di emergenza	2	
			F.2c	A	Realizzazione di corsi di formazione sulla sicurezza informatica destinati al personale	si	si	si		
Sviluppo della telemedicina	E.4.S.2	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici	E.4.S.2	G	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	Si (come da vademecum)	0,6	
	Q.05.D.1	Messa a regime dei teleconsulti Ospedale - MMG	Q.05.D.1	A	Estensione e messa a regime del servizio di teleconsulto H-T	si				
	Q.05.D.2	Incremento delle prestazioni in	Q.05.D.2	A	N. prestazioni in telemedicina	incremento +20% su 2023	incremento +20% su 2024	incremento +15% su 2025		
	A.3	Avvio nuovi servizi di telemedicina	A.3.1	A	Sviluppo dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina prevista dal PNRR	Indicazioni del gruppo di lavoro regionale "COT e telemedicina"				
			A.3.2	A	Avviare nuovi servizi nell'ambito del paziente anziano, sviluppando l'assistenza domiciliare	Avvio nuovi servizi in ADI e RSA	Messa a regime dei servizi			
			A.3.3	A	Individuare nuovi ambiti di applicazione del teleconsulto	Estensione del teleconsulto a PLS e RSA	Messa a regime del TC	-		
A.4	Prestazioni/consulenze a distanza	A.4	A	Utilizzo di strumenti di comunicazione a distanza per l'erogazione di prestazioni/consulenze in ambito di prevenzione	Realizzazione di un primo servizio da remoto	Estensione	Estensione			
Sanità partecipata	Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1a	G	Attività definite nell'ambito dei progetti regionali di rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 1227/23)	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 1227/23)	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 1227/23)	0,3	
			Q.O.2	A	Avvio di un tavolo di coordinamento unico aziendale per la promozione, valorizzazione e monitoraggio dei progetti PREMs/PARIS	Avvio del tavolo di coordinamento PREMs/PARIS	Revisione e consolidamento tavolo PREMs/PARIS	-		
			C.2	C	Relazione sugli esiti dell'indagine di qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero				1	
Progetti in collaborazione con l'Università degli Studi di Padova	IS2_23	Strutturazione del programma STHEP e sviluppo delle progettualità in esso contenute	IS223a	A	Realizzazione dell'indagine epidemiologica nell'area del termovalorizzatore di Padova	Realizzazione analisi preliminare (50% di progetto)	Conclusione dello studio (100%)	-		
			IS223d	A	Realizzazione del Profilo di Salute per la Provincia di Padova	Progettazione del Profilo di Salute	Realizzazione prototipale del Profilo di Salute	Messa a regime del Profilo di Salute		
Efficientamento energetico	A.5	Stesura e adozione di un Sistema di Gestione Ambientale Integrato	A.5	A	Stesura e adozione di un Sistema di Gestione Ambientale Integrato	Mappatura aziendale e stesura				
			A.6	A	N. di edifici in uso	< anno 2023				
	S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.5.S.1	G	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	1	

SDG	LINEA STRATEGICA	Cod_Ob	OBBIETTIVO	Cod_Ind	FONTE	INDICATORE	VALORE ATTESO 2024	VALORE ATTESO 2025	VALORE ATTESO 2026	Punti Uls 6	
	Valorizzazione delle Risorse Umane	Q.13	Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	Q.13.S.1	G	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	≥ 10%	≥ 10%	≥ 10%	1	
		E.3	Rispetto delle disposizioni in materia di personale del SSR e SAI	E.3	C	Rispetto DGR 1718/2022 e 132CR/2022 e DGR 22/2024	Sì (come da vademecum)			2	
		Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1b	G	Sviluppo del progetto di rilevazione del clima interno	Rispetto delle attività definite nell'ambito del gruppo coordinamento qualità (DGR)				0,3
		RU0_24	Sviluppo standard del personale	RU0_24	A	Strutturazione e messa a regime di un sistema per la definizione degli standard del personale	Aggiornamento degli standard del personale e progettazione di un sistema strutturato per l'aggiornamento periodico	Presenza di un sistema strutturato di rilevazione / aggiornamento standard del personale	Presenza di un sistema strutturato e semi-automatizzato di rilevazione / aggiornamento standard del personale		
		F.R.1_23	Sviluppo delle competenze del personale	F.R.1_23a	A	Estensione del modello della mappatura delle competenze e sperimentazione	Estensione e sperimentazione del modello	Estensione e sperimentazione del modello	Messa a regime		
	Efficientamento e reingegnerizzazione dei processi	A.7	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	S.A.2.3.p	A	% pagato oltre i termini	0%	0%	0%		
				S.A.2.2.p	A	Indicatore di tempestività di pagamento	≤ 0 gg	≤ 0 gg	≤ 0 gg		
				A.7.1	A	Razionalizzazione del processo di acquisto, con particolare riferimento alla fase determinazione dei fabbisogni di beni sanitari					
				A.7.2	A	Riorganizzazione della logistica in occasione della creazione del magazzino farmaceutico unico					
				AZ4023	A	Organizzazione per processi	Avvio di un tavolo di coordinamento per attività di risk management. Analisi, programmazione e avvio della reingegnerizzazione dei processi prioritari.	Revisione e consolidamento tavolo di coordinamento per attività di risk management	Proseguimento attività di reingegnerizzazione dei processi prioritari		
		A.7.3	A	Avvio di un ufficio dedicato alla gestione dei progetti a fondo vincolato (UPV)	Avvio dell'UPV	Revisione e consolidamento UPV					
E.4	Efficientamento e sviluppo dei processi sanitari	E.4.S.1	G	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro	indicazioni del Gruppo di lavoro	indicazioni del Gruppo di lavoro	0,6			
	Prevenzione della corruzione e trasparenza	A.8	Attuazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio	A.8	A	Indicatori definiti in allegato 2B					
		E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	E.3.S.2	G	% di soddisfazione	100 %	100 %	100 %	0,5	
		E.3.S.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010)	E.3.S.1	G	% richieste puntualmente soddisfatte	100 %	100 %	100 %	0,5	
		C.1	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	C.1	C	% richieste puntualmente soddisfatte	100 %	100 %	100 %	1	
	Pari opportunità e equilibrio di genere	A.9	Obiettivi definiti nel Piano delle azioni positive	A.9	A	Indicatori definiti in allegato 4					
	Piena accessibilità dell'amministrazione, fisica e digitale	A.10	Accessibilità fisica	A.10	A	Sostituzione di ascensori di dimensioni insufficienti	Sostituzione montalettighe e DEN 35 Cittadella; nuova installazione Pad. 6 Colli. Manutenzione straordinaria P.O. CSP (DEN 4, 5).				
		IS5_23	Accessibilità digitale	IS5_23	A	Progettazione di un prototipo di applicazione per l'accessibilità guidata da intelligenza artificiale	Sperimentazione in almeno 2 ambiti di applicazione. Progettazione estensione nell'ambito della prevenzione.	Estensione e messa a regime dei servizi			

Legenda delle fonti

G	Obiettivo assegnato dalla Giunta Regionale con DGR 1682 del 29/12/2023
C	Obiettivo assegnato dalla V Commissione del Consiglio Regionale con nota prot. 8158 del 31/5/2023
A	Obiettivo aziendale

80