

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 377

del 07/07/2025

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Presa d'atto della D.G.R n. XII/4434 del 26.05.2025 "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – Anno 2025" e del Decreto D.G. Welfare n. 8611 del 18.06.2025 "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Brescia – anno 2025". Determinazioni conseguenti.

II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
Nominato con D.G.R. n. XII/1645 del 21.12.2023

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa. Laura Emilia Lanfredini

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Viste:

- la Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 ad oggetto "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e ss.mm.ii.;
- la D.G.R. n. X/4468 del 10.12.2015 ad oggetto: "Attuazione L.R. 23/2015: Costituzione Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia";
- la D.G.R. n. XI/4159 del 30.12.2020 ad oggetto: "Modifica dello schema tipo di contratto di prestazione d'opera intellettuale per i Direttori Generali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e dello schema tipo di contratto di prestazione d'opera intellettuale per i Direttori Amministrativi, Sanitari e Sociosanitari delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche";
- la D.G.R. n. XII/1645 del 21.12.2023 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla Direzione dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia" con cui sono stati assegnati a questa Direzione Generale specifici obiettivi (c.d. di mandato) che saranno declinati annualmente in maniera specifica, da realizzare con riferimento alle risorse che verranno annualmente stabilite con i provvedimenti che definiscono le regole di gestione del servizio socio sanitario;

Richiamati i seguenti atti di pianificazione strategica e di programmazione regionale:

- la D.C.R. n. XII/395 del 25.06.2024 con cui è stato approvato il "Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028";
- la D.G.R. n. XII/3670 del 16.12.2024 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2025 - Quadro Economico Programmatorio - (di concerto con il Vicepresidente Alparone)";
- la D.G.R. n. XII/3720 del 30.12.2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 - (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)";
- la D.G.R. n. XII/4264 del 30.04.2025 "Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 ad oggetto: Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 - (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi)";

Visti:

- il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, approvato da Regione Lombardia con D.G.R. n. XI/3230 del 21.10.2024 e recepito con Decreto D.G. n. 587 del 25.10.2024;
- il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027 approvato con Decreto D.G. n. 54 del 31.01.2025;
- il Piano Triennale dei fabbisogni di Personale 2025-2027 approvato con Decreto D.G. n. 179 del 25.03.2025;

Considerato che con D.G.R. n. XII/4434 del 26.05.2025 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) - Anno 2025" è stato disposto che la valutazione dei Direttori Generali delle ATS/ASST, per il 2025, avverrà in relazione al grado di raggiungimento di obiettivi citati nella D.G.R., demandando alla D.G. Welfare l'adozione di successivi provvedimenti che determinino gli indicatori e le pesature di dettaglio per ciascun obiettivo, nonché l'adozione di eventuali ulteriori indicazioni operative;

Rilevato che, nella succitata D.G.R., è stato precisato che, per le ATS, oltre agli obiettivi di competenza sono stati attribuiti obiettivi per il raggiungimento di target assegnati alle ASST su tutto il territorio di propria responsabilità (inclusando anche gli erogatori privati nel calcolo del raggiungimento del target);



Precisato che nella D.G.R. n. XII/4434 del 26.05.2025 sopra richiamata sono stati individuati:

- obiettivi strategici valutabili fino ad un massimo di 70 punti;
- comportamenti manageriali valutabili fino ad un massimo di 30 punti;
- obiettivi operativi il cui mancato raggiungimento comporterà una decurtazione fino a 5 punti dal punteggio conseguito;

Preso atto che con Decreto D.G. Welfare n. 8611 del 18.06.2025 sono stati declinati gli indicatori relativi agli obiettivi strategici dell'Agenzia, nonché gli obiettivi minimi in ambito prevenzione, per l'anno 2025;

Condivise con la Direzione Strategica le linee strategiche e le azioni prioritarie di interesse dell'Agenzia, anche in adempimento agli obiettivi sopra richiamati;

Ritenuto di istituire una "Task Force" centrale, coordinata dalla Direzione Strategica, a cui sono attribuite le seguenti funzioni:

- monitoraggio continuo degli indicatori per ciascun obiettivo e dei risultati parziali in corso d'anno, con simulazione del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi e della valutazione in punteggi;
- attivazione di azioni nei confronti di ASST ed Enti Privati per migliorare le performance e rientrare nei valori target, per gli obiettivi che li coinvolgono;
- attivazione di azioni nei confronti dei Dipartimenti di ATS e delle Strutture che li compongono e di quelle in staff alla DSA per migliorare le performance e rientrare nei valori target, per gli obiettivi che li coinvolgono;

Rilevato che in seno al Collegio di Direzione (sedute del 18.06.2025 e del 01.07.2025) si è provveduto:

- a prendere atto degli obiettivi regionali assegnati ad ATS Brescia con D.G.R. n. XII/4434 del 26.05.2025 e con Decreto D.G. Welfare n. 8611 del 18.06.2025, e specificatamente:
 - o degli *obiettivi strategici* schematizzati nell'allegato 1 al presente provvedimento (composto da n. 9 pagine) e parte integrante dello stesso;
 - o degli *obiettivi operativi* schematizzati nell'allegato 2 al presente provvedimento (composto da n. 1 pagina) e parte integrante dello stesso;
 - o degli *obiettivi minimi di prevenzione* schematizzati nell'allegato 3 al presente provvedimento (composto da n. 4 pagine) e parte integrante dello stesso;
- ad individuare le articolazioni aziendali (Dipartimenti e Strutture) prioritariamente coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi regionali 2025, come riportato negli allegati al presente provvedimento, fermo restando che tutte le articolazioni possono essere ingaggiate secondo necessità;

Rilevata pertanto la necessità di procedere alla riformulazione delle Schede di Valutazione 2025 già consegnate ai Direttori di Dipartimento in occasione dell'assegnazione degli obiettivi di cui al Decreto D.G. n. 54 del 31.01.2025 (P.I.A.O.), affinché venga tempestivamente garantito alla task force di Direzione il supporto operativo per la verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi regionali 2025 per quanto di rispettiva competenza, mediante:

- report di monitoraggio e di rendicontazione;
- rilevazione delle criticità ed elaborazione di proposte per la risoluzione;
- predisposizione di quanto necessario per le azioni nei confronti delle ASST e degli erogatori privati;



Ritenuto:

- di avviare il percorso di condivisione e informazione a cascata a tutto il personale degli obiettivi a valenza regionale, tramite i Direttori di Dipartimento e i Direttori di SC di rispettiva afferenza;
- di incaricare i Direttori di Dipartimento di procedere alla riformulazione delle Schede di Valutazione 2025 dei Direttori di Struttura Complessa (SC), Struttura Semplice Dipartimentale (SSD), Struttura Semplice di rispettiva afferenza per l'integrazione degli obiettivi a valenza regionale, laddove ritenuto necessario e opportuno;

Specificato che gli obiettivi in oggetto potranno subire integrazioni/variazioni per ulteriori dettagli, determinazioni regionali e/o per diverse necessità dell'Agenzia;

Vista la proposta presentata dal Direttore f.f. della SC Pianificazione e Controllo, Ing. Ivan Campa, che anche in qualità di Responsabile del procedimento attesta la regolarità tecnica del presente atto;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- a) di prendere atto degli obiettivi regionali assegnati ad ATS Brescia con D.G.R n. XII/4434 del 26.05.2025 e con Decreto D.G. Welfare n. 8611 del 18.06.2025, e specificatamente:
 - degli *obiettivi strategici* schematizzati nell'allegato 1 al presente provvedimento (composto da n. 9 pagine) e parte integrante dello stesso;
 - degli *obiettivi operativi* schematizzati nell'allegato 2 al presente provvedimento (composto da n. 1 pagina) e parte integrante dello stesso;
 - degli *obiettivi minimi di prevenzione* schematizzati nell'allegato 3 al presente provvedimento (composto da n. 4 pagine) e parte integrante dello stesso;
- b) di precisare che, come convenuto in seno al Collegio di Direzione del 18.06.2025 e del 01.07.2025, negli allegati al presente provvedimento sono state individuate le articolazioni aziendali (Dipartimenti e Strutture) prioritariamente coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi regionali 2025, fermo restando che tutte le articolazioni possono essere ingaggiate secondo necessità;
- c) di prendere atto che il mancato raggiungimento degli obiettivi operativi comporterà una decurtazione fino a 5 punti dal punteggio conseguito dal Direttore Generale;
- d) di istituire una "Task Force" centrale, coordinata dalla Direzione Strategica, a cui sono attribuite le seguenti funzioni:
 - monitoraggio continuo degli indicatori per ciascun obiettivo e dei risultati parziali in corso d'anno, con simulazione del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi e della valutazione in punteggi;
 - attivazione di azioni nei confronti di ASST ed Enti Privati per migliorare le performance e rientrare nei valori target, per gli obiettivi che li coinvolgono;
 - attivazione di azioni nei confronti dei Dipartimenti di ATS e delle Strutture che li compongono e di quelle in staff alla DSA per migliorare le performance e rientrare nei valori target, per gli obiettivi che li coinvolgono;



- e) di incaricare i Direttori Aziendali di procedere alla riformulazione delle Schede di Valutazione 2025 già consegnate ai Direttori di Dipartimento in occasione dell'assegnazione degli obiettivi di cui al Decreto D.G. n. 54 del 31.01.2025 (P.I.A.O.), affinché venga garantito tempestivamente alla task force di Direzione il supporto operativo per il raggiungimento degli obiettivi regionali 2025 per quanto di rispettiva competenza, mediante:
 - report di monitoraggio e di rendicontazione;
 - rilevazione delle criticità ed elaborazione di proposte per la risoluzione;
 - predisposizione di quanto necessario per le azioni nei confronti delle ASST e degli erogatori privati;
- f) di avviare il percorso di condivisione e informazione a cascata a tutto il personale degli obiettivi a valenza regionale, tramite i Direttori di Dipartimento e i Direttori di SC di rispettiva afferenza;
- g) di incaricare i Direttori di Dipartimento di procedere alla riformulazione delle Schede di Valutazione 2025 dei Direttori di Struttura Complessa (SC), Struttura Semplice Dipartimentale (SSD), Struttura Semplice (SS) di rispettiva afferenza per l'integrazione degli obiettivi a valenza regionale, laddove ritenuto necessario e opportuno;
- h) di incaricare la struttura proponente di trasmettere il presente provvedimento alle articolazioni dell'Agenzia interessate, al Collegio Sindacale nonché al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'Agenzia;
- i) di prendere atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- j) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- k) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

OBIETTIVI STRATEGICI 2025

D.G.R n. XII/4434 del 26.05.2025 e Decreto DGW n. 8611 del 18.06.2025

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Monitoraggio trimestrale da parte delle ATS in concerno con i dipartimenti di cure primarie delle ASST del territorio, del valore di prescrizione per MMG sulla base degli assistiti, dei farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated, Fatty Acid N3 - acidi grassi omega 3) e i farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48	Invio agli uffici regionali con cadenza trimestrale (luglio, ottobre e gennaio dell'anno successivo) di una scheda con il valore medio del consumo di farmaci sottoscritto da ATS e dip. Cure primarie ASST	Qualitativo	/	3 report contenenti il valore medio di consumo dei farmaci	Report da parte dell'ATS che attesti il raggiungimento del target	5	SC Farmaceutico, DIPS (SSD Epidemiologia)
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Raggiungimento del target del 100% di chiusura delle schede di Registro AIFA, da parte di tutte le Strutture delle ASST del proprio territorio, che erogano i farmaci in File F quando il trattamento è concluso (obbligo di legge in capo al clinico). In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,03% a fine anno	Chiusura di tutte le schede di registro AIFA attive nel 2024, che abbiano avuto almeno una dispensazione di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione. In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno.	Quantitativo	Numeratore: N schede aperte con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione Denominatore: Totale schede AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione	100%	Report da parte dell'ATS che attesti il raggiungimento del target		SC Farmaceutico
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Supervisione e monitoraggio verso le ASST afferenti, verificando che ciascuna di esse abbia almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance.	Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza. Validare entro 3 giorni lavorativi le segnalazioni di incidente grave secondo quanto definito dal DM del 31 Marzo 2022.	Qualitativo	/	1 report di monitoraggio	Report da parte dell'ATS che attesti il raggiungimento del target		SC Farmaceutico
Farmaceutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Copertura della struttura da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance	Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza.	Quantitativo	Numeratore: N.segnalazioni registrate e validate nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza Denominatore: N.segnalazioni pervenute nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza	100%	Report da parte dell'ATS attestante il raggiungimento dell'indicatore (Fonte: Piattaforma Dispovigilance del Ministero della Salute)		SC Farmaceutico
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a specifiche	Flusso EMUR-PS: adeguamento a nuove specifiche	Qualitativo	/	Adeguamento a nuove specifiche funzionali sulla violenza di genere entro la scadenza ministeriale fissata	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS)	1,5	DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a specifiche	produzione "Scheda Medico" per monitoraggio delle attività di MMG/PLS con indicatori di valutazione delle prestazioni riferite al singolo medico (Unità di epidemiologia)	Qualitativo	/	Produzione di n.1 Scheda Medico	Report da parte dell'ATS che attesti la pubblicazione della "Scheda Medico" in sito dedicato		SC Farmaceutico, DIPS (SSD Epidemiologia)
Flussi informativi	Aumento della tempestività di invio dei flussi	Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Monitoraggio inserimento fatturazione attiva e controllo fatturazione passiva con relativa contestazione (mobilità sanitaria internazionale)	Quantitativo	Attiva: Numeratore: Fatture mobilità attiva inserite entro scadenza Denominatore: Totale fatture di mobilità attiva Passiva: invio di una relazione o verbale a DGW per verifica del controllo dati e relative contestazioni, oltre a verifica se le contestazioni precedenti sono state sanate	Attiva: 100% Passiva: Relazione/verbale riepilogativo	Report da parte dell'ATS che attesti il raggiungimento del target	1	DIP. PIPSS
Flussi informativi	Aumento della tempestività di invio dei flussi	Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW, da parte delle aziende del proprio territorio (pubbliche e private accreditate)	Quantitativo	Numeratore: n record inviati entro la scadenza Denominatore: totale record inviati	≥95%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte Flussi MdS: SDO, 28/SAN, EMUR-PS (6 SAN), ex-ante prestazioni ambulatoriali, Ministeriali (modelli delle attività gestionali delle strutture sanitarie ai sensi del D.M. del 22.12.2023), CeDAP, flusso Registro Tumori. Flussi DGW: Trasmissione flussi relativi al personale (Conto Annuale e Fluper); Coerenza dei dati contenuti nelle tabelle 1,2,5,6,12,13 e 14 del Conto Annuale con i dati Fluper e Modello A.)		DIP. PAAPSS DIPS - SSD Epidemiologia (flusso registro tumori e Cedap) DIP. AMMINISTRATIVO (Fluper ecc.)

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO	Quantitativo	Numeratore: CeDAP Denominatore: SDO	<2%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso CeDAP, flusso SDO, modelli HSP11 e HSP11bis)	1,5	DIPS - SSD Epidemiologia
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	copertura della SDO rispetto agli erogatori censiti nell'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis)	Quantitativo	Numeratore: numero strutture di ricovero censite nei modelli HSP Denominatore: numero strutture che inviano il flusso SDO	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte flusso SDO, modelli Ministeriali HSP11 e HSP11bis (anagrafiche delle strutture di ricovero), HSP12, HSP13, HSP22-bis (posti letto attivi))		DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: verifica qualità della rilevazione (errori gravi)	Quantitativo	Numeratore: n record SDO contenenti errori gravi Denominatore: totale record SDO	≤1%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO)		DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Verifica della copertura flusso SDO-R (riabilitativa), rispetto all'atteso (SDO dai reparti codici 28,75,56) secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	Quantitativo	Numeratore: Numero di SDO-R trasmesse da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: totale SDO-R attese da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	≥95%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO-R, flusso SDO)		DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Correttezza di compilazione delle scale del flusso SDO-R secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	Quantitativo	Numeratore: n campi non scartati per il campo scale (reparto di dimissione) da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: totale scale (per reparto di dimissione) compilate da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	≥95%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO-R)		DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI	Quantitativo	Numeratore: N. accessi OBI da flusso EMUR-PS da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: N. ricoveri con provenienza da OBI da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	>1	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS, flusso SDO)		DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Censimento delle strutture che possono compilare il Registro (autorizzate alla chirurgia di cui trattasi)	Qualitativo	/	Realizzazione di n. 1 registro di censimento	Report da parte dell'ATS che attesti la trasmissione del Registro a DGW		DIP. PAAPSS
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Allineamento HSP/assetto accreditato delle strutture pubbliche e private accreditate afferenti al territorio di competenza	Quantitativo	Numeratore: N. U.O. con posti letto, presenti sia in assetto accreditato che in flusso HSP per struttura Denominatore: N. U.O. presenti in HSP e/o in assetto accreditato per struttura	≥ 90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Modelli Ministeriali HSP11 e HSP11bis (anagrafiche delle strutture di ricovero), HSP12, HSP13, HSP22-bis (posti letto attivi))		DIP. PAAPSS
Tempi di attesa	Corretto utilizzo degli strumenti (Ricetta dematerializzata, Rete Regionale di Prenotazione) per favorire abbattimento liste d'attesa	Governo Liste d'attesa: domini centrali	Riduzione della % di erogato che non risulta gestito o negoziato dai domini centrali (la prenotazione non passa dalla rete regionale di prenotazione) da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio	Quantitativo	Numeratore: totale erogato che non risulta gestito o negoziato dai domini centrali da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio Denominatore: totale erogato da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio	da PRGLA i target saranno validati con successivo provvedimento	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN; dati RRP; flusso prescritto (servizio GSSC))	8	DIP. PAAPSS
Tempi di attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa che saranno validati con successivo provvedimento	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione /raggruppamento da parte degli Enti pubblici e privati afferenti al proprio territorio	Quantitativo	Numeratore: volume erogato secondo i filtri individuati da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: totale target per strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	da PRGLA i target saranno validati con successivo provvedimento	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN)		DIP. PAAPSS
Tempi di attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Privati	Percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	Quantitativo	Numeratore: N. di prestazioni erogate entro i tempi di attesa per classe di priorità da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: N. di prestazioni totali erogate per classe di priorità da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	>=90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN)		DIP. PAAPSS

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Tempi di attesa	Corretto utilizzo degli strumenti (Ricetta dematerializzata, Rete Regionale di Prenotazione) per favorire abbattimento liste d'attesa	Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata	Percentuale di raggiungimento del target da parte degli Enti afferenti al proprio territorio	Quantitativo	Numeratore: n prescrizioni in ricetta dematerializzata redatte dagli specialisti ospedalieri in strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: totale delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata in strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	>= 90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN; flusso prescritto (servizio GSSC); ricettari (NAR))	4	DIP. PAAPSS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D01C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Quantitativo	Numeratore: Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice da una delle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE) Denominatore: Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	≤14,55%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Quantitativo	Numeratore: Numero di ricoveri in strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE) Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento	≤ valore 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Quantitativo	Numeratore: N. dimissioni per i residenti ≥ 18 anni nel territorio dell'ATS con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore Denominatore: Popolazione ≥ 18 anni residente nell' ATS di riferimento Fattore di scala: x 100.000 abitanti	≤ valore 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	Quantitativo	Numeratore: N. dimissioni per i residenti < 18 anni nel territorio dell'ATS di riferimento con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore Denominatore: Popolazione < 18 anni residente nell' ATS di riferimento Fattore di scala: x 100.000 abitanti	≤50	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi	Quantitativo	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente nell'ATS Denominazione: Popolazione residente nell'ATS Fattore di scala: (x 1.000)	<= valore 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: DCR-FUR, 28SAN)		SC Farmaceutico DIPS (SSD Epidemiologia)

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	dalla ricezione della chiamata	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3) * 1.000 abitanti	Quantitativo	Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con residenza nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente nell'ATS Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente nell'ATS Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente nell'ATS Fattore di scala: (x 1.000)	CIA1: valore >=4 e valore < 6 CIA2:valore >= 2,5 e valore < 6 CIA3: valore >= 2 e valore < 6	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, RSA Aperta, ADP, Curepal)	4	DIP. PIPSS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D33ZA: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	Quantitativo	Numeratore: N.anziani non autosufficienti residenti nell'ATS in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale Denominatore: popolazione residente nell'ATS, per tipologia di trattamento	>= valore 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SOSIA, CDI, Curepal)		DIP. PIPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Quantitativo	Numeratore: nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Σ Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + Σ Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208. Assistenza relativa allo Stato Terminale Oncologico valorizzata con 1 (bisogno presente). Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	>= valore 2022	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, Hospice, ISTAT)		DIP. PIPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	Quantitativo	Numeratore: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg (a pazienti residenti nell'ATS) Denominatore: n. ricoveri totali per patologie psichiatriche (a pazienti residenti nell'ATS)	< 8% o riduzione rispetto al 2024 in media nel territorio dell'ATS	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Monitoraggio raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Quantitativo	Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti, nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: totale prestazioni classe B, nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Fattore di scala: (x 100)	>=90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso 28SAN)		DIP. PAAPSS

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice	Quantitativo	Numeratore: N.pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi (residenti nell'ATS di riferimento) Denominatore: Numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice (residenti nell'ATS di riferimento)	Copertura farmacologica ≥ 75%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)		SC Farmaceutico DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Quantitativo	Numeratore: Numero di interventi chirurgici nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto che supera i 135 interventi annui Denominatore: Numero di interventi chirurgici nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Quantitativo	Numeratore: numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella Denominatore: numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di resezione per tumore maligno della mammella	≤2,5	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	Quantitativo	Numeratore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni Denominatore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica	>= 90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Quantitativo	Numeratore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni) Denominatore: Numero di ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore	>= 80%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)	4	DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropri. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropri. in regime ordinario	Quantitativo	Numeratore: N. dimissioni nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato" Denominatore: N. dimissioni nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"	≤ 15%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H17C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Quantitativo	Numeratore: numero di parti cesarei primari nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento Fattore di scala: (x 100)	<15%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	Quantitativo	Numeratore: numero di parti cesarei primari nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento Fattore di scala: (x 100)	<20%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023	Quantitativo	Numeratore: N.vaccinati residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento entro 24 mesi Denominatore: N. di residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento nella coorte di riferimento	>=95% entro 24 mesi	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAVR /ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione)		DIPS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C: MPR dose 1, coorte 2023	Quantitativo	Numeratore: N.vaccinati residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento entro 24 mesi Denominatore: N. di residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento nella coorte di riferimento	>=95% entro 24 mesi	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAVR /ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione)		DIPS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	Quantitativo	Numeratore: N.persone target FASCIA ETA' 25-29 testate nel triennio 2023-2025 residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento, nella coorte di riferimento	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: NAR e DWH screening; Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau)		DIPS

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	Quantitativo	Numeratore: N.persone target FASCIA ETA' 47-64 testate con HPV nel quinquennio 2021-2025 residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento, nella coorte di riferimento	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: NAR e DWH screening; Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau)	4	DIPS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CB: Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	Quantitativo	Numeratore: N.persone target FASCIA ETA' 50-69 testate nel biennio 2024-2025 residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento, nella coorte di riferimento	≥60%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: NAR e DWH screening; Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau)		DIPS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CC: Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	Quantitativo	Numeratore: N.persone target FASCIA ETA' 50-69 testate nel biennio 2024-2025 residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: residenti nell'ASST afferenti all'ATS di riferimento, nella coorte di riferimento	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto é superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: NAR e DWH screening; Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau)		DIPS
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali	Quantitativo	% aziende bovine controllate per anagrafe1 * 0,1 + % aziende ovicaprine controllate per anagrafe2 * 0,05 + % capi ovicapri controllati per anagrafe3 * 0,05 + % aziende suine controllate per anagrafe4 * 0,1 + % aziende equine controllate per anagrafe5 x* 0,1 + % allevamenti apistici controllati per anagrafe6 * 0,1	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Piattaforma VETINFO)		DIP. VETERINARIO
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	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	Quantitativo	Numeratore: n° dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale Denominatore: n° dei controlli previsti dal medesimo Piano	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Piattaforma VETINFO Flusso informativo PNAA Flusso informativo farmacosorveglianza ("n. ispezioni effettuate" e "n. operatori"))		DIP. VETERINARIO
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Medicina Legale - sperimentazione invalidità civile		Qualitativo	/	Relazione in tema di sperimentazione per l'attuazione del d.lgs. 62/2024 con ritorno ai tavoli tecnici e cabina di regia	Report da parte del dipartimento di Medicina Legale alle Direzioni Strategiche delle ASST coinvolte		DIP. PIPSS
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Promozione Rete WHP (Workplace Health Promotion) nelle Aziende Attiva percorsi di promozione della salute dei lavoratori direttamente sul luogo di lavoro tramite un'alleanza con i datori di lavoro. In particolare in merito ad attività fisica, alimentazione e dipendenze	Aumento del numero di aziende WHP	Quantitativo	Numeratore: N. aziende 25 Denominatore: N. aziende 24	aumento >35% rispetto all'anno precedente	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: piattaforma stili di vita)		DIPS
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Monitoraggio delle denunce di infortunio sul lavoro e infortuni riconosciuti con relativo controllo dell'indice di frequenza UTILIZZO FONDI SANZIONI DL 81/08 secondo gli idrizzi della delibera 4183 del 2025. Utilizzo dei fondi raccolti dalle sanzioni per infortuni sul lavoro per attività di prevenzione degli infortuni sul lavoro.	Capacità di una ATS di investire in termini di prevenzione in maniera adeguata ai bisogni epidemiologici, ai bisogni sostenibili e a eventuali accantonamenti	Quantitativo	Numeratore: Valore economico rendicontato come spesa 2025 Denominatore: valore economico incassato 2024	>120%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flussi economici)		DIPS DIP. AMMINISTRATIVO

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Influenza anno di nascita <=1960	capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale	Quantitativo	Numeratore: $\sum$ assistiti vaccinati da MMG nelle ASST afferenti all'ATS Denominatore: $\sum$ assistiti da MMG nelle ASST afferenti all'ATS	<u>Obiettivo minimo:</u> >=75% Oppure <u>Obiettivo ulteriore da perseguire:</u> >3% vs 2024	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAVR /ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione)	8	DIPS
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Prevenzione Dipendenze	Rafforzamento delle coperture dei programmi preventivi regionali nel setting scolastico	Quantitativo	Numeratore: N. plessi scolastici in cui sono attivi programmi preventivi Regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari) A.S. 25-26 Denominatore: N. plessi che hanno concluso i programmi preventivi Regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari) nell'A.S. 24-25	>3%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte:Piattaforma Regionale Survey Stili di Vita)		DIPS
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	Effettuare almeno 1 esercitazione durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS pubblici		Qualitativo	Numero esercitazioni effettuate	Caricamento su Sasha del documento di valutazione relativo all'esercitazione effettuata durante l'anno solare 2025	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Portale SASHA; Visualizzazione dato: Portale SASHA)		DIPS (garante) e tutte le articolazioni coinvolte
Prevenzione	Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro	implementazione PNC (Piano Nazionale per gli investimenti Complementari)	ATTUAZIONE DEL PROGETTO "SINERGIA" CON LA REGIONE VENETO - INVESTIMENTO 1.2 – REALIZZAZIONE DEL MODELLO D'INTERVENTO N. 2 "VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE DI POPOLAZIONE AGLI INQUINANTI ORGANICI PERSISTENTI, METALLI E PFAS ED EFFETTI SANITARI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE POPOLAZIONI PIU' SUSCETTIBILI	Quantitativo	Numeratore: valore economico degli interventi per il quale si è proceduto alla sottoscrizione dei contratti Denominatore valore economico degli interventi previsti	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: PNC SIN 2; Visualizzazione dato: Tolleranza rispetto allo standard in seguito a relazione esplicativa e per valori inferiori indicativamente 1%)		DIPS DIP. AMMINISTRATIVO
Sangue e Pronto Soccorso	Aumento della raccolta del plasma da aferesi di almeno il +5% rispetto al 2024, riduzione del tempo di boarding a livello di Hub (nei territori di ATS Milano, Pavia e Varese), delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti nei PS pubblici e privati, nel territorio di riferimento	Quantitativo	Numeratore: N.di accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti nelle strutture del proprio territorio Denominatore: N.di accessi in PS con codice di priorità 2 nelle strutture del proprio territorio	>85% medio nel proprio territorio	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte:Flusso EMUR PS)	2	DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
Sangue e Pronto Soccorso	Aumento della raccolta del plasma da aferesi di almeno il +5% rispetto al 2024, riduzione del tempo di boarding a livello di Hub (nei territori di ATS Milano, Pavia e Varese), delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni	Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri	Numero di pazienti che lasciano i Pronto Soccorso (pubblici e privati) dopo l'accettazione e prima della visita, nel territorio di riferimento	Quantitativo	Numeratore: N.di abbandoni da PS nelle strutture del proprio territorio Denominatore: N. di accessi in PS nelle strutture del proprio territorio	< 1,25% medio nel proprio territorio	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte:Flusso EMUR PS)		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
Telemedicina	Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti.	Avvio del Teleconsulto tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta (MAP/PLS) e Medici Specialisti	Creazione di agende specialistiche dedicate al teleconsulto con MAP/PLS in almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità.	Qualitativo	/	>= 1 report di rendicontazione delle disponibilità delle strutture private accreditate afferenti al proprio territorio	Report da parte dell'ATS che attesti le ore di apertura delle agende per ciascuna branca	3	DIP. PAAPSS
Telemedicina	Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti.	Adozione della Telemedicina - Telemonitoraggio di tipo 1 pazienti cronici	Armonizzazione delle progettualità di telemonitoraggio di tipo 1 da attuare entro il 31/12/2025 guidando le modalità e l'organizzazione verso un'unica direzione	Qualitativo	/	>= 1 relazione relativa ai progetti di telemonitoraggio di tipo 1 presentati dalle ASST da attuare entro il 31/12/2025 all'interno del proprio territorio	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target		DIP. PIPSS
Telemedicina	Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti.	Adozione della Telemedicina - Utilizzo della Televisita di controllo per i pazienti con patologie croniche (branche specialistiche: cardiologia, diabetologia, oncologia, pneumologia, neurologia), con le seguenti finalità: Rinnovo dei piani terapeutici; Programmazione del follow-up nell'ambito della presa in carico (PAI, pazienti complessi a gestione ospedaliera, reti di patologie, ecc.).	Erogare almeno il 10% delle visite di controllo in modalità telemedicina (circa 60.000 televisite nel secondo semestre), in ambito diabetologico e/o cardiologico e/o pneumologico e/o neurologico e/o oncologico, comprese le visite per rinnovo dei Piani Terapeutici in modalità televisita entro 31/12/2025	Qualitativo	/	>= 1 report di monitoraggio dell'indicatore per ASST e privato accreditato afferente al proprio territorio	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target		DIP. PAAPSS DIPS (SSD Epidemiologia)
Rete territoriale	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili	Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - supportare le ASST con l'analisi dei dati di monitoraggio di efficacia delle attività di continuità assistenziale, presa in carico al domicilio, governo clinico	N. elaborazioni dati condivise con ASST/n. report rilasciati=1	Quantitativo	N. elaborazioni dati condivise con ASST/N. report rilasciati = 1	Report di monitoraggio per ASST	Report da parte dell'ATS	10	DIP. PIPSS
Veterinaria	Iniziative personalizzate di monitoraggio/ formazione/definizione linee guida per ciascuna ATS in funzione delle necessità e delle peculiarità del territorio di riferimento per il potenziamento della sicurezza animale e alimentare	Ottimizzazione gestione focolai di Influenza Aviaria	Organizzazione di incontri tecnici rivolti al personale dei Dipartimenti Veterinari di ATS in materia di "gestione operativa di un focolaio di Influenza Aviaria"	Qualitativo	/	Svolgimento di almeno un incontro per veterinari, tecnici della prevenzione e personale amministrativo dei dipartimenti di veterinaria sulla gestione pratica delle inconbenze tecnico-amministrative	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target	3	DIP. VETERINARIO

OBIETTIVI STRATEGICI (max 70 punti)	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Reti Ospedaliere		Raggiungimento dei requisiti organizzativi e assistenziali previsti per particolari reti di patologia regionali, con l'obiettivo di garantire una presa in carico tempestiva e appropriata, favorendo la collaborazione interaziendale e la costruzione di percorsi strutturati	Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali	In attesa di indicazioni Regionali	In attesa di indicazioni Regionali		In attesa di indicazioni Regionali	4	
Edilizia Sanitaria		Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR – PNC e POR, compresi gli interventi inclusi nel Piano di Riordino della rete ospedaliera di cui al D.L. n. 34/2020	Raggiungimento del target stabilito dello stato di avanzamento lavori	In attesa di indicazioni Regionali	In attesa di indicazioni Regionali		In attesa di indicazioni Regionali	7	

OBIETTIVI OPERATIVI 2025
(DGR N. XII/4434 del 26.05.2025 e Decreto DGW n. 8611 del 18.06.2025)

OBIETTIVI	Finalità e indicatori	Modalità di rendicontazione	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Rispetto degli indirizzi di Programmazione anno 2025	Puntuale attuazione degli adempimenti previsti dalla DGR n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 e ss.mm.ii.		Tutti i Dipartimenti, SC Farmaceutico, SC Pianificazione e Controllo, SC Sistemi Informativi
Tempi di Pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento previsti dal comma 865 dell'art. 1 della L. 145 del 30 dicembre 2018		Tutti i Dipartimenti, SC Farmaceutico, SC Pianificazione e Controllo, SC Sistemi Informativi
Rispetto delle "Linee di indirizzo" dell'Osservatorio nazionale delle LdA			Dip. PAAPSS
Raggiungimento degli obiettivi minimi in ambito della Prevenzione	Il dettaglio è riportato nell'allegato "Obiettivi minimi prevenzione"	Il dettaglio è riportato nell'allegato "Obiettivi minimi prevenzione"	DIPS, Dip. Amministrativo (in collaborazione con i Dipartimenti coinvolti), Risk Manager
Rispetto della scadenza di invio e protocollazione del Bilancio di Esercizio e dei Conti Economici Trimestrali come da comunicazione regionale			Dipartimento Amministrativo e tutti i Dipartimenti coinvolti e SC Farmaceutico

Il mancato raggiungimento degli obiettivi operativi comporta una decurtazione fino a 5 punti dal punteggio conseguito.

Obiettivi minimi in ambito prevenzione ATS 2025
(DGR N. XII/4434 del 26.05.2025 e Decreto DGW n. 8611 del 18.06.2025)

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Prevenzione dai rischi ambientali, climatici e lavorativi Attuazione PNC: (PNC) "SALUTE, AMBIENTE, BIODIVERSITA' E CLIMA" SNPS-SNPA DI CUI ALLA DGR XI/7845 DEL 31/01/2023. (P3)	Quantitativo	Numeratore P3 = valore economico degli interventi per il quale si è proceduto alla sottoscrizione dei contratti Denominatore : P3 = valore economico degli interventi previsti	100%	Fonte Dati: SNPS; Visualizzazione dato: Tolleranza rispetto allo standard in seguito a relazione esplicativa e per valori inferiori indicativamente 1%	DIPS, DIP. AMMINISTRATIVO
ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Controlli sulla filiera idropotabile e sul relativo gestore	Quantitativo	Numeratore : N° di controlli (campionamenti gruppo A,B,PFAS, ispezioni e audit) eseguiti Denominatore : N° di controlli (campionamenti gruppo A,B,PFAS, ispezioni e audit) programmati da PIC e dai Piani Olimpici locali	>=95%	Fonte Dati: IMPreS@; Visualizzazione dato: IMPreS@	DIPS
Sanità penitenziaria: Implementazione degli screening oncologici ed infettivologici	Quantitativo	Numeratore : n° di screening effettuati Denominatore : totale obiettivo screening da implementare		Report semestrali inviati a UO Polo Territoriale	DIPS
Vaccinazioni - MPR dose 2, coorte 2018	Quantitativo	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95%	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni -PC dose 3, coorte 2023	Quantitativo	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95%	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023	Quantitativo	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95%	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013	Quantitativo	Numeratore : n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore : n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: numero di ispezioni e audit	Quantitativo	Numeratore : n° di ispezioni e audit 2025 Denominatore : n° di ispezioni e audit 2024	>1	Fonte Dati: IMPreS@; Visualizzazione dato: IMPreS@	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE - PIANO MICROBIOLOGICO	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni (combinazioni matrice/analita) programmati effettuati Denominatore : N. di campioni (combinazioni matrice/analita) programmati	100%	Fonte Dati: RaDISAN – flusso MCG	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO OGM MATRICI	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati di materie prime/semilavorati effettuati Denominatore : N. di campioni di materie prime/semilavorati programmati	100%	Fonte Dati: Cruscotto CROGM	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO OGM CAMPIONI	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati effettuati Denominatore : N. di campioni programmati	100%	Fonte Dati: Cruscotto CROGM	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO IRRADIATI	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati effettuati Denominatore : N. di campioni programmati	100%	Fonte Dati: DataBase SINAI	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO CONTAMINANTI CONTROLLO UFFICIALE	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore : N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	Fonte Dati: RaDISAN – flusso 1881	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO MOCA	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore : N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	Fonte Dati: RaDISAN – flusso MOC	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO MONITORAGGIO CONTAMINANTI	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore : N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	Fonte Dati: RaDISAN – flusso MON	DIPS
SICUREZZA ALIMENTARE: PIANO CHIMICO-ALLERGENI-FUNGHI	Quantitativo	Numeratore : N. di campioni programmati effettuati (combinazione matrice/analita) Denominatore : N. di campioni programmati (combinazione matrice/analita)	100%	Fonte Dati: RaDISAN IMPreS@	DIPS

Obiettivi minimi in ambito prevenzione ATS 2025
(DGR N. XII/4434 del 26.05.2025 e Decreto DGW n. 8611 del 18.06.2025)

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Dipartimenti e Strutture coinvolte
SICUREZZA ALIMENTARE: RENDICONTAZIONE LABORATORI DI PREVENZIONE IN NSIS RaDISAN	Qualitativo	/	Rendicontazione bimestrale per tutti i flussi, a partire dalla fine del 2° bimestre per i dati del 1° bimestre e così via, con evidenza inviata alla UO Prevenzione	Fonte Dati: RaDISAN	DIPS
SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE: Controlli nutrizionali	Quantitativo	Numeratore: N° di controlli nutrizionali eseguiti (compresa la verifica delle etichette nutrizionali) Denominatore: N° di controlli nutrizionali (compresa la verifica delle etichette nutrizionali) programmati da PIC	>=95%	Fonte Dati: IMPreS@	DIPS
ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO: Garantire l'adeguamento dei gestionali in uso alle anagrafi previste dal database nazionale AnTeA per i controlli delle acque destinate al consumo umano	Quantitativo	Numeratore: N° dei punti di controllo in anagrafe adeguati Denominatore: N° dei punti di controllo in anagrafe da adeguare	100%	Fonte Dati: trasmissione degli atti a UO Prevenzione - DG Welfare	DIPS
ATTIVAZIONE PIANO MIRATO MOCA	Qualitativo	/	conferma dell'attivazione da parte di ogni ATS tramite la trasmissione delle schede di autovalutazione	Fonte Dati: ATS	DIPS
ANAGRAFE ATS DEGLI STABILIMENTI REGISTRATI/RICONOSCIUTI: Adeguamento all'allegato A della DGR 1842 del 05.02.2024	Qualitativo	/	conferma dell'adeguamento da parte di ogni ATS tramite il corretto caricamento dell'anagrafe nel nuovo Gestionale regionale SIAN	Fonte Dati: /	DIPS
Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018	Quantitativo	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95%	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007	Quantitativo	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009	Quantitativo	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Vaccinazioni - Influenza target Operatori Sanitari	Quantitativo	Numeratore: n° di vaccinati nel denominatore Denominatore: n° operatori sanitari secondo da FLUPPER	>=50% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX + flusso flupper; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza	Quantitativo	Numeratore: n° di vaccinati Denominatore: n° di residenti e assistiti da flusso CEDAP nati 2025	>= 70%	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX + flusso CEDAP; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Vaccinazioni - RSV coorte 2025	Quantitativo	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>= 80%	Fonte Dati: SIAVR/ARVAX; Visualizzazione dato: Tableau prevenzione	DIPS
Medicina dello Sport- Acquisizione delle competenze in tema di gestione della medicina dello sport	Qualitativo	/	Presenza di almeno 2 operatori per ATS che abbiano usufruito del corso.	Fonte Dati: attestazione presenze durante i corsi di formazione ; Visualizzazione dato: verbali con firme dei partecipanti	DIPS
SICUREZZA CHIMICA - PIANO REACH	Quantitativo	$\frac{(((\text{Numero di imprese controllate/numero imprese programmate}) + (\text{numero "controlli su prodotto"} \text{ effettuati/numero "controlli su prodotto"} \text{ programmati}))/2 \times 100] \times 0,7 + (\text{numero corsi formativi realizzati/numero corsi formativi programmati}) \times 100 \times 0,2 + (\text{numero eventi informativi realizzati/numero eventi informativi programmati}) \times 100 \times 0,1}{1}$	100%	Fonte Dati: File ministeriale	DIPS
Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico. Vigilanza sugli impianti natatori. Prestazione: Campionamento e analisi delle acque delle piscine pubbliche o di uso pubblico.	quantitativo	Numeratore: numero delle piscine controllate Denominatore: numero delle piscine registrate nel portale Impre@a-BI	100%	Fonte Dati: portale I.M.Pre.S@-BI	DIPS
Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti Prestazione: Attività di controllo	Quantitativo	Numeratore: numero delle scuole controllate Denominatore: numero delle scuole registrate nel portale Impre@a-BI	10%	Fonte Dati: portale I.M.Pre.S@-BI	DIPS
Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria. Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza delle strutture sanitarie. Prestazione: Attività di controllo	Quantitativo	Numeratore: numero delle strutture sanitarie controllate Denominatore: numero delle strutture sanitarie registrate nel portale Impre@a-BI	100%	Fonte Dati: portale I.M.Pre.S@-BI	DIPS
PROMOZIONE SALUTE - Attuazione Protocollo ex DGR XI/6761 - XI/7499 (prevenzione dipendenze - disagio)	Qualitativo	n. Tavolo/i intersettoriale/i previsto/i dalla DGR XI/6761 attivato/i (con protocollo formalizzato) in collaborazione con la/e Prefettura/e del territorio /n. Prefetture del territorio	100%	Fonte Dati: Protocollo formalizzato + evidenze di almeno una convocazione del Tavolo nel 2025	DIPS

Obiettivi minimi in ambito prevenzione ATS 2025
(DGR N. XII/4434 del 26.05.2025 e Decreto DGW n. 8611 del 18.06.2025)

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Dipartimenti e Strutture coinvolte
PROMOZIONE SALUTE - Incremento della copertura dei n. plessi scolastici in cui si realizzano i Programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari) nel setting scolastico	Qualitativo	n. plessi scolastici in cui sono attivi Programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged Lombardia + Pari)/n. di plessi scolastici totali ATS MILANO – ATS INSUBRIA - Standard atteso - Incremento della copertura % del n. plessi in cui sono attivi i programmi : 5 % in più nel 2025 rispetto al 2024 ATS BERGAMO – ATS BRESCIA – ATS BRIANZA – ATS MONTAGNA – ATS PAVIA – ATS VALPADANA - Standard atteso - Incremento della copertura % del n. plessi in cui sono attivi i programmi : 2 % in più nel 2025 rispetto al 2024	0%	Fonte Dati: Report Regionale Programmi Scuola + Piattaforma Stili di vita	DIPS
Implementazione screening nutrizionale	Qualitativo	/	Almeno una site visit per ogni ASST/IRCCS pubblici del proprio territorio e almeno 3 per strutture di ricovero private accreditate a contratto (si considerano da escludere le strutture pubbliche già controllate nel 2024) - primo semestre 2025 Almeno una site visit per ogni struttura risultata non pienamente adempienti durante i controlli condotti nel primo semestre 2025 e nel 2024 - secondo semestre 2025	Fonte Dati: Report Site Visits	DIPS
Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 – Salute: PNRR, MISSIONE 6 COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2. B – SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO – CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE. Raggiungimento del target al 100% degli operatori formati sui moduli A+B+C entro il 31/12/2025.	Quantitativo	Numeratore: Numero operatori formati sui moduli A+B+ C. Denominatore: Target aziendale previsto.	100% entro il 31 dicembre 2025	Fonte Dati: Regis; Visualizzazione dato: Regis	DIP. AMMINISTRATIVO, con la collaborazione dei Dipartimenti coinvolti
AUDIT PLANFLU: effettuare almeno un audit durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS	Qualitativo	Numero audit effettuato	Compilazione portale SASHA area audit	Fonte Dati: Portale SASHA; Visualizzazione dato: Portale SASHA	DIPS
Compilazione sul portale SASHA delle azioni del Piano Epidemico 25/26	Quantitativo	Numeratore: Numero azioni compilate entro la scadenza del piano Epidemico Denominatore: Numero azioni del Piano Epidemico inserite su SASHA	Compilazione portale SASHA	Fonte Dati: Portale SASHA; Visualizzazione dato: Portale SASHA	DIPS
DENUNCE DI INFORTUNIO SUL LAVORO: Variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente	Quantitativo	1) Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro: Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati Denominatore: N° occupati/1.000 2) Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: N° denunce anno attuale Denominatore: N° denunce anno precedente	L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente (un incremento non statisticamente significativo non è considerato un incremento). Si precisa che la mancanza di una soglia obiettivo è coerente con l'intenzione di valutare la capacità del sistema delle ASL di intervenire o indirizzare l'andamento di un fenomeno complesso, quale quello infortunistico, in larga misura causato da fattori esterni alle possibilità di intervento delle ASL. Inoltre, tale considerazione è coerente con il quadro strategico dell'Unione Europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, all'interno del quale non si quantifica la riduzione attesa del tasso di incidenza degli infortuni, diversamente dalla precedente strategia comunitaria 2007-2012 (dove era prevista esplicitamente una riduzione degli infortuni pari al 25% nell'intero periodo di riferimento).	Fonte Dati: INAIL (numeratore); ISTAT e INPS (denominatore)	DIPS

Obiettivi minimi in ambito prevenzione ATS 2025
(DGR N. XII/4434 del 26.05.2025 e Decreto DGW n. 8611 del 18.06.2025)

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Dipartimenti e Strutture coinvolte
INFORTUNI SUL LAVORO RICONOSCIUTI: Variazione dell'indice di frequenza di infortunio sul lavoro riconosciuti tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.	Quantitativo	1) Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati degli infortuni sul lavoro riconosciuti: <u>Numeratore</u> : numero infortuni sul lavoro riconosciuti <u>Denominatore</u> : numero lavoratori occupati/1.000 2) Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: <u>Numeratore</u> : n° riconoscimenti anno attuale <u>Denominatore</u> : n° riconoscimenti anno precedente	L'obiettivo si considera raggiunto qualora l'indicatore sopra descritto non dimostri un incremento percentuale rispetto all'anno precedente (un incremento non statisticamente significativo non è considerato un incremento). Si precisa che la mancanza di una soglia obiettivo è coerente con l'intenzione di valutare la capacità del sistema delle ASL di intervenire o indirizzare l'andamento di un fenomeno complesso, quale quello alle possibilità di intervento delle ASL. Inoltre, tale considerazione è coerente con il quadro strategico dell'Unione Europea in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, all'interno del quale non si quantifica la riduzione attesa del tasso di incidenza degli infortuni, diversamente dalla precedente strategia comunitaria 2007-2012 (dove era prevista esplicitamente una riduzione degli infortuni pari al 25% nell'intero periodo di riferimento).	Fonte Dati: INAIL (numeratore); ISTAT e INPS (denominatore).	DIPS
MIGLIORAMENTO QUALITA' PRESTAZIONI: Laboratori di simulazione, formazione Partecipazione alla formazione per formatori (acquisizione di competenza nello sviluppo di percorsi e scenari di simulazione e nella conduzione della riflessione critica post-evento [feedback e/o debriefing])	Qualitativo	/	almeno due operatori per ATS	Fonte Dati: /	DIPS
Utilizzo del sistema HERM LOMB -sezione audit	Qualitativo	/	utilizzo del sistema HERM LOMB per l'effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc)	Fonte Dati: HERM LOMB	Risk Manager / DIPS