

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. 58

del 06/02/2026

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Presa d'atto della D.G.R n. XII/5589 del 30.12.2025 "Determinazioni in ordine indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – Anno 2026" e del Decreto D.G. Welfare n. 19237 del 31.12.2025 "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ATS di Brescia – anno 2026". 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/5524 del 17.12.2025 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2026 - Quadro Economico Programmatorio - (di concerto con il Vicepresidente Alparone)";

Richiamati altresì:

- 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.) 2026-2028 approvato con Decreto D.G. n. 34 del 31.01.2026;

Considerato che con D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 "Determinazioni in ordine indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) - Anno 2026 sono stati definiti gli obiettivi per l'anno 2026, demandando alla D.G. Welfare l'adozione di successivi provvedimenti che determinino gli indicatori e le pesature di dettaglio declinate per ciascun obiettivo, nonché l'adozione di eventuali ulteriori indicazioni operative;

Precisato che nell'allegato A, paragrafo 18, della D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 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;

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

Preso atto che con Decreto D.G. Welfare n. 19237 del 31.12.2025 sono stati declinati gli indicatori relativi agli obiettivi strategici dell'Agenzia, nonché gli obiettivi operativi, per l'anno 2026;



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 confermare, per tutto il 2026, l'operatività della "Task Force" individuata con Decreto D.G. n. 377/2025, coordinata dalla Direzione Strategica, a cui sono state 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 del 22.01.2026 (Rep. Verbali n. 236/26) si è provveduto:

- a prendere atto degli obiettivi regionali assegnati ad ATS Brescia con D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 e con Decreto D.G. Welfare n. 19237 del 31.12.2025, e specificatamente:
 - degli *obiettivi strategici* schematizzati nell'allegato 1 al presente provvedimento (composto da n. 12 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;
- ad individuare le articolazioni aziendali (Dipartimenti e Strutture) prioritariamente coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi regionali 2026, come riportato negli allegati al presente provvedimento, fermo restando che tutte le articolazioni possono essere ingaggiate secondo necessità;
- ad individuare quale garante degli obiettivi strategici NSG dell'area distrettuale ed ospedaliera, contrassegnati dai nn. 1-20 ed elencati nell'allegato 1, la Direzione Strategica Aziendale (DSA), intendendosi che tutti i Dipartimenti, la SC Farmaceutico, la SC Pianificazione e Controllo e la SC Sistemi Informativi, debbano concorrere, per le rispettive competenze, al raggiungimento degli obiettivi, ivi inclusa la fase di rendicontazione;

Preso atto che, in applicazione al paragrafo 18.1 dell'allegato alla D.G.R. n. XII/5589/2025, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale sono stati attribuiti ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, rispettivamente con note D.G. prot. n. 0010540/26, 0010545/26 e 0010556/26 del 02/02/2026;

Ritenuto, nel rispetto della tempistica definita in seno al Collegio di Direzione del 22/01/2026:

- di incaricare i Direttori Aziendali di procedere alla assegnazione delle Schede di Valutazione 2026 ai Direttori di Dipartimento, ivi compresi gli obiettivi di Performance definiti con Decreto n. 34 del 31.01.2026, affinché venga garantito tempestivamente alla Task Force di Direzione il supporto operativo per il raggiungimento degli obiettivi 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;
- di incaricare i Direttori di Dipartimento di procedere alla assegnazione delle Schede di Valutazione 2026 ai Direttori di Struttura Complessa (SC), Struttura Semplice Dipartimentale (SSD), Struttura Semplice (SS) di rispettiva afferenza;



- di avviare il percorso di condivisione e informazione a cascata a tutto il personale degli obiettivi 2026, per il tramite dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di SC di rispettiva afferenza, con verbalizzazione degli incontri, da completarsi entro il 31 marzo 2026;

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/5589 del 30.12.2025 e con Decreto D.G. Welfare n. 19237 del 31.12.2025, e specificatamente:
 - degli *obiettivi strategici* schematizzati nell'allegato 1 al presente provvedimento (composto da n. 12 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;
- b) di individuare le articolazioni aziendali (Dipartimenti e Strutture) prioritariamente coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi regionali 2026, come riportato negli allegati 1 e 2 al presente provvedimento, fermo restando che tutte le articolazioni possono essere ingaggiate secondo necessità;
- c) ad individuare quale garante degli obiettivi strategici NSG dell'area distrettuale ed ospedaliera, contrassegnati dai nn. 1-20 ed elencati nell'allegato 1, la Direzione Strategica Aziendale (DSA), intendendosi che tutti i Dipartimenti, la SC Farmaceutico, la SC Pianificazione e Controllo e la SC Sistemi Informativi, debbano concorrere, per le rispettive competenze, al raggiungimento degli obiettivi, ivi inclusa la fase di rendicontazione;
- d) di precisare che, in applicazione al paragrafo 18.1 dell'allegato alla D.G.R. n. XII/5589/2025, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale sono stati attribuiti ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, rispettivamente con note prot. n. 0010540/26, 0010545/26 e 0010556/26 del 02/02/2026;
- e) di confermare, per tutto il 2026, l'operatività della "Task Force", individuata con Decreto n. 377/2025 e 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;
- f) di incaricare i Direttori Aziendali, di procedere alla assegnazione delle Schede di Valutazione 2026 ai Direttori di Dipartimento, ivi compresi gli obiettivi di



Performance definiti con Decreto n. 34 del 31.01.2026, affinché venga garantito tempestivamente alla Task Force di Direzione il supporto operativo per il raggiungimento degli obiettivi 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;
- g) di incaricare i Direttori di Dipartimento, nel rispetto della tempistica definita in seno al Collegio di Direzione del 22/01/2026, di procedere alla assegnazione delle Schede di Valutazione 2026 ai Direttori di Struttura Complessa (SC), Struttura Semplice Dipartimentale (SSD), Struttura Semplice (SS) di rispettiva afferenza;
- h) di avviare il percorso di condivisione e informazione a cascata a tutto il personale degli obiettivi 2026, per il tramite dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di SC di rispettiva afferenza, con verbalizzazione degli incontri da completarsi entro il 31 marzo 2026;
- i) di incaricare la struttura proponente di trasmettere il presente provvedimento alle articolazioni dell'Agenzia interessate, al Collegio Sindacale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'Agenzia;
- j) di prendere atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- k) 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;
- l) 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 2026
(DGR N. XII/5568 del 30.12.2025 e Decreto DGW n. 19237 del 31.12.2025)

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo Indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
1	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3) * 1.000 abitanti Antibiotici	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 con residenza nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente nell'ATS Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con residenza nel proprio territorio con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente nell'ATS Fattore di scala: (x 1.000)	CIA1: valore >= 5,1 CIA2: valore >= 3,9 CIA3: valore >= 3,2	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, RSA Aperta, ADP, Curepal)		DSA
2	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/fraccianti 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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	<= valore 2025	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: DCR-FUR, 28SAN)		DSA
3	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 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	>= valore 2025	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: SOS/A)		DSA
4	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 Z. 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 + Z. 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 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	> = valore 2025	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, Hospice, ISTAT)	4	DSA

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
5	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedallera	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: N. 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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Copertura farmaceutica ≥ 75%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)		DSA
6	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedallera	PDTA01: Percentuale di pazienti con diagnosi di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico	Quantitativo	Numeratore: N. Pazienti appartenenti alla coorte prevalente con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice Denominatore: Numerosità della coorte prevalente Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Copertura farmaceutica ≥ 75%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)		DSA
7	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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	< 8% o riduzione rispetto al 2025 in media nel territorio dell'ATS	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DSA
8	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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	>=90%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso 28SAN)		DSA

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo Indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
9	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: N. 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: N. 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 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	100%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DSA
10	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: N. 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: N. ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di resezione per tumore maligno della mammella Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤2,5	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)		DSA
11	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: N. ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni Denominatore: N. ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con intervento di colecistectomia laparoscopica Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	>= 90%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DSA
12	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 48 ore in regime ordinario	Quantitativo	Numeratore: N. 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 48 ore (differenza tra data e ora della procedura e data e ora di accesso in pronto soccorso o di ricovero - in caso di assenza di passaggio da PS - ≤ 48 ore). Denominatore: N. ricoveri nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento con diagnosi di frattura del collo del femore. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	>= 80%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DSA

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
13	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 inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza 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" Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤ 14%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DSA
14	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: N. parti cesarei primari nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: N. 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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	<15%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)	4	DSA
15	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: N. parti cesarei primari nelle strutture pubbliche e private con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore afferenti all'ATS di riferimento Denominatore: N. 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) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	<20%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)		DSA
16	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	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: N. 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: N. episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	≤14,55%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)		DSA

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
17	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	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: N. 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: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice nelle strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria) ≤ valore 2025			DSA
18	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 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO) ≤ valore 2025			DSA
19	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 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO) ≤50			DSA
20	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H09Za: Donatori di organi morte encefalica	Quantitativo	Numeratore: N. donatori deceduti i cui organi sono stati utilizzati Denominatore: Popolazione residente area di riferimento Fattore di scala: 1.000.000 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: CRT, SDO) >=35			DSA
21	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 ovicaprini controllati per anagrafe3 * 0,05 + % aziende suine controllate per anagrafe4 * 0,1 + % aziende equine controllate per anagrafe5 * 0,1 + % allevamenti apistici controllati per anagrafe6 * 0,1 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Piattaforma VETINFO) 100%			DIP. VET.

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
22	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P12Z - SICUREZZA ALIMENTARE: 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. di campioni effettuati Denominatore: N. di campioni programmati Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	100% controlli previsti per SAN flusso PSD	Fonte dati: RADISAN – flusso PSD		DIPS
23	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C - Screening SERVICE ETA' 25-29: Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 25-29 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 50% copertura	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni	3	DIPS
24	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C - Screening SERVICE ETA' 30-64: Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 47-64 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 50% copertura	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni		DIPS
25	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C - Screening MAMMELLA: Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 50-69 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 60% copertura	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni		DIPS
26	NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C - Screening COLON: Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Quantitativo	Numeratore: N. persone target, fascia di età 50-69 Denominatore: Popolazione NAR residenti AND domiciliati al netto delle esclusioni pre-invito Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione permette di acquisire 3 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	≥ 50% copertura	Fonte dati: NAR e DWH Screening Visualizzazione dato: Dashboard presenti nel sistema di visual data Tableau a disposizione delle Direzioni		DIPS
27	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	PANFLU: garantire la preparazione da parte del SSR in relazione alla gestione di epidemie e pandemie	PANFLU: Proporzioni di azioni, simulazioni e audit correttamente realizzati e rendicontati nel software regionale in SASHA	Quantitativo	(N. di azioni/azioni previste + N. di simulazioni/simulazioni previste + N. di audit / audit previsti) / 3 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% delle azioni compilate in SASHA, 100% delle simulazioni effettuate, 100% audit	Fonte e visualizzazione dati: portale SASHA		DIPS
28	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	REACH: garantire la sicurezza alle esposizioni chimiche per il cittadino	REACH: realizzazione delle azioni previste sezione 11.18 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Quantitativo	Numeratore: N. azioni effettuate Denominatore: N. azioni previste Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% delle azioni previste sezione 11.18 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Fonti: impresa, relazioni ad hoc		DIPS

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo Indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
29	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	PNRR MIS 6.2 SUB 2.2: garantire il completamento della formazione PNRR in merito alle infezioni correlate all'assistenza	PNRR MIS 6.2 SUB 2.2: completamento del numero dei formati e corretta rendicontazione in Regis e pieno utilizzo delle risorse	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. formati correttamente Registrati in Regis <u>Denominatore:</u> N. formati previsti <u>Numeratore:</u> risorse utilizzate <u>Denominatore:</u> risorse assegnate Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% dei formati, 100% compilazione in Regis, 100% risorse utilizzate entro giugno	Regis, relazioni ad HOC - caricamento su piattaforma boolean	5	DIP, AMM.VO
30	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	PNC - PRACSI: garantire il completamento dello sviluppo dei dipartimenti di prevenzione in tema in coerenza con la rete SNPS/SRPS	PNC - PRACSI: realizzazione delle azioni punto B sezione 11.6 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. azioni effettuate <u>Denominatore:</u> N. azioni previste Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% delle azioni punto B sezione 11.6 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026 (pag. 162 - 12.6)	relazioni ad HOC - caricamento su piattaforma boolean		DIPS
31	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	ScreenUP attivazione: attivazione di un software unico regionale di screening per le linee di colon retto, mammella, e cervice uterina, con particolare attenzione al trasferimento dati storici	ScreenUP attivazione: presenza e funzionalità del software di Screening attivo con qualità dei dati verificata	Qualitativo	Attivazione del software di screening e presenza di validazione della qualità dei dati trasferiti dai gestionali progressi Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	Attivazione ScreenUP per screening mammella colon retto e cervice uterina	ScreenUP		DIPS
32	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	ScreenUP - liste di attesa; garantire al cittadino la possibilità di partecipare allo screening secondo tempi di attesa previsti dalle indicazioni regionali, le ASST devono esporre sulle agende dedicate a ScreenUP un numero di appuntamenti adeguato a garantire le corrette tempistiche. Ogni ASST è responsabile di garantire per il proprio territorio un numero adeguato di visite a supporto dello screening, LE ATS hanno il compito di supportare le ASST tramite il supporto complementare di aziende private accreditate	ScreenUP - liste di attesa: tempi di attesa tra evidenza di positività al primo livello ed accesso al secondo livello secondo le seguenti tempistiche : > colon retto: colonscopia effettuata entro 60 gg da FIT+ > cervice uterina: colposcopia entro 30gg da HPV/PAP+ (con analisi specifica per HSIL entro 14gg) > mammella: ecografia entro 14 gg da rx+ > prostata: visita urologica entro 60 gg da PSAFH+ La valorizzazione dell'indicatore verrà effettuato sui residenti assistiti del proprio territorio (anche se i test verranno erogati da altre aziende pubbliche o private); la valorizzazione dell'indicatore verrà effettuato dal momento di passaggio a ScreenUP della ATS	Qualitativo	per ogni linea di screening viene calcolata la seguente formula <u>Numeratore:</u> N. prenotazioni effettuate coerenti con i tempi di attesa previsti <u>Denominatore:</u> N. positivi al primo livello Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	>80% per ogni linea di screening	ScreenUP		DIPS
33	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	WHP: aumentare re il numero di lavoratori per cui i è garantita la possibilità di usufruire di un ambiente salubre sul posto di lavoro	WHP: numero di aziende registrate sulla piattaforma regionale Sani Sili di Vita	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. aziende iscritte a fine 2026 <u>Denominatore:</u> N. aziende iscritte a fine 2025 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥ 30% rispetto al 2025, per ATS Valpadana e Montagna ≥ 20%	Piattaforma Sili di Vita		DIPS
34	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro (SSL): garantire al lavoratore la maggiore efficacia ed efficienza dell'operato ATS in tema di Sicurezza sul Lavoro per diminuire gli infortuni sul lavoro	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro: realizzazione delle azioni punti A-B-C sezione 11.17 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. azioni effettuate <u>Denominatore:</u> N. azioni previste Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100% delle azioni punti A-B-C sezione 11.17 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026 (pag. 182 - 12.17)	Impresa e rendicontazioni ad hoc	DIPS	
35	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	Screening prostata, polmone HCV: piena attivazione sul territorio regionale dello screening alla prostata e attivazione dello screening al polmone. Le ATS agiscono funzione di Governance nella attivazione degli screening sul proprio territorio in coerenza con le indicazioni regionali	Screening prostata, polmone, HCV: relazione quadrimestrale (aprile, agosto, dicembre) sulla attivazione territoriale degli screening polmone, HCV e prostata con almeno i seguenti contenuti: mappatura centri e prestazioni erogate ed eventuali proposte di modifica, qualità dell'offerta, verifica informazioni al cittadino (es siti internet), numero di prestazioni erogate, qualità flusso dati, azioni realizzate per miglioramento della qualità dati, azioni previste per il quadrimestre successivo. Si attende una relazione unica per ogni gruppo ATS e ASST di competenza (eventualmente 2 o più per ATS Milano)	Qualitativo	Validazione della UO Prevenzione delle relazioni pervenute Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Prevenzione; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	presenza delle relazioni con analisi dei processi di implementazione dei nuovi screening	relazioni ad HOC	DIPS	

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo Indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
36	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	Innovazioni in Prevenzione: l'area Prevenzione prevede una serie di innovazioni nel 2026 per le quali le ATS e le ASST dovranno attivarsi secondo le indicazioni regionali	Innovazioni in Prevenzione Partecipazione alle iniziative regionali previste nel paragrafo 11.2	Qualitativo	Relazione sintetica da parte del DIPS/ Dipartimento Funz Prevenzione a dicembre 2026 delle iniziative regionali previste nel paragrafo 11.2 (pag. 158 - 12.2) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	presenza di relazione che Evidenza la piena partecipazione alle iniziative regionali	relazioni ad HOC		DIPS
37	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	partecipazione a progettualità internazionali: La UO Prevenzione è impegnata nella progressiva capacità di interlocuzione con stakeholders europei al fine di garantire innovazione ai programmi di sanità pubblica lombardi ed è a disposizione degli Enti del SSR con progettualità europee/internazionali al fine di facilitare una messa a sistema di innovazioni e buone pratiche e favorire un miglioramento delle competenze dei propri professionisti	partecipazione a progettualità internazionali: entro dicembre 2026 gli Enti che vogliono attivare percorsi di sviluppo e innovazione in Prevenzione inviano alla UO Prevenzione le proposte per una valutazione condivisa ovvero valorizzare percorsi di collaborazione internazionale già in essere; è previsto anche che una azienda dichiarati di non essere in grado per il 2026 di attivare/collaborare ad iniziative	Qualitativo	Validazione della UO Prevenzione delle relazioni/proposte dichiarazioni pervenute Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	presenza delle relazioni con analisi dei processi di implementazione dei nuovi screening	relazioni ad HOC		DIPS
38	Prevenzione	Rafforzamento dell'igiene pubblica e della salute ambiente, il miglioramento del benessere lavorativo e della sicurezza, lo sviluppo di collaborazioni innovative in ambito prevenzione e il miglioramento degli esiti delle campagne di screening.	contributo delle UO a valenza regionale PREVENZIONE: al fine di aumentare le capacità regionali in tema di governance e in coerenza con quanto previsto dal l.r. 33/2009 (comma 5 ter art 5) le ATS e ASST individuate con DGR 66/08/2022 e DGR 5097/2025 forniscono supporto alla UO Prevenzione	contributo delle UO a valenza regionale PREVENZIONE: identificazione dei responsabili e supporto durante l'anno alle attività regionali entro gennaio 2025	Qualitativo	Evidenza dei responsabili e del personale a supporto (per ASST FBF/Sacco si riferisce a UO Vaccinazioni) Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	Nessuna rendicontazione richiesta evidenza del contributo delle UO a valenza regionale	nessuna rendicontazione prevista - valutazione da parte della UO prevenzione		DIPS
39	Flussi informativi	Adegumento a nuove specifiche	Adegumento a specifiche	Flusso CEDAP	Qualitativo	/	Adegumento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (01.01.2026)	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso CEDAP)		DIPS
40	Flussi informativi	Adegumento a nuove specifiche	Adegumento a specifiche	Adegumento sistemi a codifiche ICD-10 e CIPi	Qualitativo	/	Adegumento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (31.12.2026)	Autonoma da parte della DG Welfare		DIP. PAAPSS
41	Flussi informativi	Adegumento a nuove specifiche	Adegumento 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 produzione della "Scheda Medico"		DIPS (SSD Epidemiologia) + SC Farmaceutico
42	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	<u>Numeratore:</u> n record inviati entro la scadenza <u>Denominatore:</u> totale record inviati Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥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, 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 (SDO e 28/SAN, ex ante amb., Flussi Ministeriali) DIPS - SSD Epidemiologia (flusso registro tumori e Cedap, EMUR-PS) DIP. AMMINISTRATIVO (Fluper, Conto Annuale, Modello LA)

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo Indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
43	Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Sostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> CeDAP <u>Denominatore:</u> SDO Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	<2%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso CeDAP, flusso SDO, modelli HSP11 e HSP1bis)	DIPS	
44	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 HSP1bis)	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. strutture di ricovero censite nei modelli HSP <u>Denominatore:</u> N. strutture che inviano il flusso SDO Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	100%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO, modelli Ministeriali HSP11 e HSP1bis (anagrafiche delle strutture di ricovero), HSP12, HSP13, HSP22-bis (posti letto attivi))		
45	Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: verifica qualità della rilevazione (errori gravi)	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. record SDO contenenti errori gravi <u>Denominatore:</u> totale record SDO Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≤1%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO)		3
46	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	<u>Numeratore:</u> N. di SDO-R trasmesse da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento <u>Denominatore:</u> totale SDO-R attese da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥95%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO-R, flusso SDO)	DIP. PAAPSS	
47	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	<u>Numeratore:</u> N. campi non scartati per il campo scale (reparto di dimissione) da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento <u>Denominatore:</u> totale scale (per reparto di dimissione) compilate da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	≥95%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO-R)	DIP. PAAPSS	
48	Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Corretta registrazione posti letto OBI (Osservazione Breve Intensiva)	Qualitativo	/	compilazione in FIM dei modelli ministeriali HSP12 o HSP13 con disciplina 04 "Osservazione Breve Intensiva", da parte delle strutture con posti letto accreditati OBI (e pertanto registrati nella piattaforma SIGAUSS	Autonomia da parte della DG Welfare	DIP. PAAPSS	
49	Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI	Quantitativo	<u>Numeratore:</u> N. accessi OBI da flusso EMUR-PS da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento <u>Denominatore:</u> N. ricoveri con provenienza da OBI da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	>1	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS, flusso SDO)	DIPS	
50	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 trattate)	Qualitativo	/	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Flussi Informativi; per ogni target non raggiunto il punteggio complessivo dell'Area viene diminuito del 25%	Report da parte dell'ATS che attesti la trasmissione del Registro a DGW	DIP. PAAPSS	

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
51	Flussi informativi	Aumento della tempestività di invio dei flussi	Trasmissione dei flussi A e B di Fluper.	Trasmissione entro e non oltre il 5 del secondo mese successivo a quello di riferimento (es. i flussi relativi al mese di gennaio dovranno essere trasmessi entro il 5 marzo).	Quantitativo	Numeratore: N. record inviati entro la scadenza Denominatore: totale record inviati	≥95%	Autonomia da parte della DG Welfare		DIP. AMM.VO
52	Veterinaria	Iniziativa di formazione e predisposizione di documentazione/protocolli, in funzione delle peculiarità del territorio di riferimento di ciascuna ATS, per il potenziamento della sicurezza animale e alimentare	Alla luce delle criticità segnalate dagli impianti di macellazione, si rende necessario favorire, presso gli allevatori, la conoscenza della normativa e la consapevolezza dell'importanza e della corretta identificazione dei suini in allevamento.	Organizzazione, attraverso la collaborazione delle associazioni di categoria che raggruppano gli allevatori di suini di 1 incontro formativo/informativo rivolto agli allevatori, in cui vengano illustrati i contenuti della normativa di settore alla luce delle non conformità emerse dal sistema dei controlli in atto.	Qualitativo	Evidenza documentale dell'incontro svolto e delle attività organizzate (es: verbale, brochure, etc.)	realizzazione di n. momenti formativi-informativi ≥ 1	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target		DIP. VET.
53	Veterinaria	Iniziativa di formazione e predisposizione di documentazione/protocolli, in funzione delle peculiarità del territorio di riferimento di ciascuna ATS, per il potenziamento della sicurezza animale e alimentare	Favorire la conoscenza delle competenze dei diversi enti pubblici in materia di igiene urbana Veterinaria.	Organizzazione, eventualmente attraverso il coinvolgimento delle Prefetture, di almeno n. 2 eventi formativi-informativi con i Sindaci e le Polizie Locali dei comuni di competenza territoriale in materia di animali da compagnia con particolare riferimento alle competenze e agli obblighi di legge gravanti sulle diverse Pubbliche Amministrazioni circa i seguenti ambiti: gatti e Canili - Competenze e doveri delle diverse Pubbliche Amministrazioni - Colone Feline - normativa di Riferimento. Nella preparazione degli incontri è opportuno il coinvolgimento del Centro Regionale Igiene Urbana Veterinaria (ATS Brescia)	Qualitativo	Evidenza documentale dell'incontro svolto e delle attività organizzate (es: verbale, brochure, etc.)	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Veterinaria; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Veterinaria	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target		DIP. VET.
54	Veterinaria	Iniziativa di formazione e predisposizione di documentazione/protocolli, in funzione delle peculiarità del territorio di riferimento di ciascuna ATS, per il potenziamento della sicurezza animale e alimentare	Interventi finalizzati a contenere il fenomeno delle morsicature da animali.	Prevenzione del fenomeno delle lesioni da morsicatura attraverso la informazione/formazione dei giovani sul corretto rapporto con gli animali, soprattutto in ambito scolastico (scuole secondarie di primo e secondo grado), anche attraverso lo strumento ludico/ricreativo delle attività assistite con gli animali. Informazione degli insegnanti sui dati epidemiologici del fenomeno - corretta gestione degli animali - consapevolezza del possesso di un animale.	Qualitativo	Evidenza documentale dell'incontro svolto e delle attività organizzate (es: verbale, brochure, etc.)	n° di scuole coinvolte ≥ 2	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target	6	DIP. VET.
55	Veterinaria	Iniziativa di formazione e predisposizione di documentazione/protocolli, in funzione delle peculiarità del territorio di riferimento di ciascuna ATS, per il potenziamento della sicurezza animale e alimentare	Accrescere le conoscenze relative alla presenza della fauna selvatica presente sul territorio.	Sviluppare una rete di incontri con i cacciatori dei comprensori di caccia, le polizie provinciali e i Carabinieri forestali, volta ad accrescere le conoscenze connesse ai rischi infettivi dell'a fauna selvatica, la all'impatto socio economico delle malattie diffuse a potenziale zoonotico connesse con la gestione e manipolazione degli animali ed ai rischi zoonotici patologici commessi, considerate le evidenze rilevate nel CLS, e ulteriori approfondimenti sulla gestione e commercializzazione della selvaggina cacciata. Nella preparazione degli incontri è opportuno il coinvolgimento del Centro regionale Patologie della fauna selvatica e tutela olistica della salute (ATS MI) – prevedere coinvolgimento di DG Agricoltura.	Qualitativo	Evidenza documentale dell'incontro svolto e delle attività organizzate (es: verbale, brochure, etc.)	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Veterinaria; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Veterinaria	Report da parte dell'ATS che attesti raggiungimento del target		DIP. VET.
56	Farmacautica	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
57	Farmacautica	Potenziamento della Dispositivo- Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere l'utilizzo di farmaci biosimilari a maggior sostenibilità economica nel setting territoriale	Incremento percentuale della prescrizione di farmaci biosimilari con miglior profilo di costo territoriale, anche a fronte delle (minimanti) scadenze brevettuali in particolare per i seguenti medicinali (la cui prescrizione è oggi in carico al territorio: 1.eparine a basso peso molecolare (almeno il 30 % come biosimilare). 2.denosumab (continua la sua distribuzione in DPC anche come biosimilare, di cui almeno il 20%)	Quantitativo	Numeratore: N. Prescrizioni di biosimilare di enoxapalina e denosumab Denominatore: N. prescrizioni totali di enoxapalina e denosumab	100%	Report da parte dell'ATS e con la firma delle ASST del territorio di pertinenza che attesti il raggiungimento del target		SC Farmaceutico

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
58	Farmacautica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere la digitalizzazione delle prescrizioni e la riduzione dell'uso delle ricette rosse RUR	Riduzione del 50% dell'utilizzo delle ricette rosse RUR relative alle specialità medicinali è obiettivo strategico primario per il 2026 nell'ambito della gestione della Farmaceutica Convenzionata	Quantitativo	Numeratore: N. Ricette farmaceutiche rosse anno 2026 Denominatore: N. Ricette farmaceutiche rosse anno 2025 Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	50%	Report da parte dell'ATS e con la firma delle ASST del territorio di pertinenza che attesti il raggiungimento del target	3	SC Farmaceutico
59	Farmacautica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere la digitalizzazione delle prescrizioni e la riduzione dell'uso delle ricette rosse RUR	A partire dal 1 gennaio 2026 la prescrizione dei farmaci di seguito elencati dovrà avvenire SOLO su RICETTA DEMATERIALIZZATA : -DENOSUMAB -ENOXAPARINA -GPL1 (con nota Regionale n. G1.2026.0000367 del 7.01.2026, precisa che il 1° gennaio 2026 è da considerarsi come data di partenza per le attività)	Quantitativo	Numeratore: N. Ricette dem denosumab, enoxaparina e GPL1 Denominatore: N. Ricette TOTALI denosumab, enoxaparina e GPL Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	100%	Report da parte dell'ATS e con la firma delle ASST del territorio di pertinenza che attesti il raggiungimento del target		SC Farmaceutico
60	Farmacautica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Promuovere la digitalizzazione delle prescrizioni e la riduzione dell'uso delle ricette rosse RUR	Garantire, a decorrere dal 1° aprile 2026, la completa trasmissione al sistema SAR/SCA delle ricette dem di medicinali erogate off-line in farmacia, al fine di rendere liquidabili le relative prestazioni da parte del SSR (con nota Regionale n. G1.2026.0000367 del 7.01.2026, precisa che che verranno individuati e quindi formalizzati, sulla base del confronto con gli operatori, le eventuali casistiche in cui i promemoria offline potranno essere comunque comunque tariffati e le relative procedure)	Quantitativo	Numeratore: N. Ricette dem trasmesse al sistema SAR/SCA erogate off-line in farmacia Denominatore: N. Ricette dem erogate off-line in farmacia Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori permette di acquisire il 100% del punteggio previsto dall'Area Farmaceutica; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Farmaceutica	100%	Report da parte dell'ATS che attesti il raggiungimento del target		SC Farmaceutico
61	Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Raggiungimento del 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	1. calcolo raggiungimento target a livello di prestazione/raggruppamento: 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 2. calcolo valore indicatore complessivo: (Somatoria target delle singole prestazioni/(raggruppamento)h: prestazioni+raggruppamento con target Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 13 punti dell'Area Liste d'Attesa	Da PRGLA Target a livello di prestazione/raggruppamento: volume/target >= 80 > 100% per la singola prestazione 80 <= volume/target < 80 -> 50% dell'erogato 28SSAN) 0 <= volume/target < 60 -> 0% per la singola prestazione	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SSAN)	20	DIP. PAAPSS
62	Liste d'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 PRGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D102) - D - P - Privati	Percentuale di prenotazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	Quantitativo	Numeratore: N. di prenotazioni garantite entro i tempi di attesa per classe di priorità da strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento (senza prevedere la tolleranza) Denominatore: N. di prenotazioni per classe di priorità per tutte le strutture pubbliche e private afferenti all'ATS di riferimento Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 7 punti dell'Area Liste d'Attesa	>=90%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SSAN)		DIP. PAAPSS

prog.	AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione	Punteggio	Dipartimenti e Strutture coinvolte
63	Reti	Rispetto dei target definiti per la rete assistenziali ed organizzative	Monitoraggio degli adeguamenti previsti per le reti di Pancreas Unit, Piede Diabetico, Neoplasie ginecologiche, Breast unit e Cure palliative per le ASST di propria competenza	Report di avanzamento su DGR n. XI/6241 del 04/04/2022 e raggiungimento degli indicatori definiti con dal Decreto N.11995 del 26/07/2024 e aggiornati con successivo atto per le strutture identificate come Hub della Rete regionale per la diagnosi e cura del tumore del pancreas Piede diabetico: Raggiungimento degli indicatori approvati con DGR n.XII/163/2023 da parte dei centri di secondo e terzo livello Adempimento degli indicatori specificati nella DGR n.XI/6253/2022 da parte dei centri di secondo e terzo livello - Neoplasie ginecologiche: Raggiungimento degli indicatori che saranno validati con successivo provvedimento - Breast Unit: Adempimento degli indicatori specificati nella DGR XII/3458 del 25/11/2024, DGR n. XI/7755 del 28/12/2022 per la rete dei Centri di Senologia e indicatori di presa in carico definiti negli Indirizzi di Programmazione 2026. - Potenziamento Rete delle Cure Palliative: Come previsto dal DM 7/7/2022 e in attuazione dell'intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 si evidenzia la necessità di implementare il sistema delle cure palliative	Qualitativo	Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 4 punti: anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti			4	DIP. PAAPSS Report da parte di ATS per le ASST di propria competenza
64	Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR e confermato anche dal DM 77 - 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/m. report rilasciati=1	Quantitativo	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire 8 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Report di monitoraggio per ASST Report da parte dell'ATS			DIP. PIPSS
65	Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Applicazione Accordi Regionali medicina generale e pediatria di famiglia	invio degli accordi attuativi aziendali a DG Welfare	Qualitativo	88 accordi per MAP e 88 accordi per PLS Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni permette di acquisire rispettivamente 2 punti alle ASST e 8 punti alle ATS; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	delibere degli accordi attuativi aziendali delibere degli accordi attuativi aziendali		8	DIP. PAAPSS
66	Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Definizione e contrattualizzazione delle aree critiche della domanda territoriale per l'acquisto di prestazioni da Enti erogatori privati	Definizione e contrattualizzazione delle aree critiche della domanda territoriale per l'acquisto di prestazioni da Enti erogatori privati	Definizione righe variabili dei contratti e definizione dell'importo e della tempistica di contratti di scopo	Qualitativo	Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 5 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Verifica della definizione per singolo Ente erogatore dei contratti relativi alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale entro il 31/03. Espletamento delle manifestazioni di interesse per la stipulazione dei contratti di scopo secondo la tempistica definita.	Relazione aziendale con la definizione per singolo Ente erogatore e per i contratti di scopo validati dai competenti uffici della DG Welfare	5	DIP. PAAPSS
67	Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli obiettivi economico per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	Rispetto degli obiettivi economici per ogni singola area dell'aggregato Beni e Servizi definiti per ciascun ente	Scheda dedicata con importi per classi e aggregati di spesa 2026 condivisa nel primo trimestre con gli uffici competenti	Quantitativo	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi permette di acquisire rispettivamente 5 punti alle ATS e 10 punti alle ASST; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli importi assegnati con i valori di chiusura d'esercizio	Calcolato dalla DG Welfare con i valori di chiusura d'esercizio		DIP. AMM.VO
68	Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto delle azioni di efficientamento sull'aggregato Beni e Servizi definite per ciascun ente	Rispetto delle azioni di efficientamento sull'aggregato Beni e Servizi definite per ciascun ente	Scheda azioni programmate definita con DG Welfare e condivisa nel primo trimestre con gli uffici competenti	Quantitativo	% Raggiungimento azioni Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi permette di acquisire rispettivamente 5 punti alle ATS e 10 punti alle ASST; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi	Svolgimento azioni e conseguimento del risparmio	Relazione dell'ente semestrale ed annuale validata dagli uffici DG Welfare competenti	5	DIP. AMM.VO

OBIETTIVI OPERATIVI 2026
(DGR N. XII/5589 del 30.12.2025 e Decreto DGW n. 19237 del 31.12.2025)

OBIETTIVI	Finalità e indicatori	Modalità di rendicontazione	Dipartimenti e Strutture coinvolte
Adesione agli indirizzi di programmazione anno 2026	Puntuale attuazione degli adempimenti previsti dalla DGR n. XII/5589 del 30.12.2025 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 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
Trasparenza	Corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza		Tutti i Dipartimenti, SC Farmaceutico, SC Pianificazione e Controllo, SC Sistemi Informativi

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