

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
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	Quantitativo	<p>Numeratore: Totale pazienti residenti nell'ASST in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: residenti nell'ASST di riferimento</p> <p>Numeratore: Totale pazienti residenti nell'ASST in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: residenti nell'ASST di riferimento</p> <p>Numeratore: Totale pazienti residenti nell'ASST in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: residenti nell'ASST di riferimento Fattore di scala: (x 1.000)</p> <p>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</p>	CIA1: valore >=5,1 CIA2: valore >= 3,9 CIA3: valore >= 3,2	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, RSA Aperta, ADP, Curepal)
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	<p>Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) dei residenti dell'ASST Denominazione: residenti dell'ASST Fattore di scala: (x 1.000)</p> <p>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</p>	<= valore 2025	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: DCR-FUR, 28SAN)
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	<p>Numeratore: † 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 + † 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</p> <p>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</p>	> = valore 2025	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: SIAD, Hospice, ISTAT)
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	<p>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'ASST 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'ASST di riferimento)</p> <p>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</p>	Copertura farmacologica ≥ 75%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PDTA01: Percentuale di pazienti con diagnosi di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico	Quantitativo	<p>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</p> <p>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</p>	Copertura farmacologica ≥ 75%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, Flusso farmaceutica convenzionata)
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	<p>Numeratore: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg (a pazienti residenti nell'ASST) Denominatore: n. ricoveri totali per patologie psichiatriche (a pazienti residenti nell'ASST)</p> <p>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</p>	Se valore 2025 < 4 %: mantenimento del valore 2025 Se valore 2025 < 8 %: riduzione di 1 p.p. del valore 2025 Se valore 2025 > 8%: riduzione fino all'8% e attivazione specifici protocolli per la gestione del percorso post-dimensioni	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
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	<p>Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti Denominatore: Totale prestazioni classe B Fattore di scala: (x 100)</p> <p>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</p>	>=90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso 28SAN)
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	<p>Numeratore: N. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto che supera i 135 interventi annui Denominatore: N. interventi chirurgici per tumore maligno della mammella con caratteristiche individuate nella scheda tecnica dell'indicatore, per reparto</p> <p>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</p>	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
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	<p>Numeratore: N. ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella</p> <p>Denominatore: N. ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella</p> <p>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</p>	≤2,5	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)
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	<p>Numeratore: N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni</p> <p>Denominatore: N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica</p> <p>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</p>	>= 90%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
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	<p>Numeratore: N. ricoveri nelle strutture afferenti all'ASST 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).</p> <p>Denominatore: N. ricoveri nelle strutture afferenti all'ASST con diagnosi di frattura del collo del femore.</p> <p>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</p>	>= 80%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
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	<p>Numeratore: N. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza secondo Patto della Salute 2010-2012 in degenza ordinaria per acuti con DRG "inappropriato"</p> <p>Denominatore: N. dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato"</p> <p>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</p>	≤ 14%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
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	<p>Numeratore: N. parti cesarei primari</p> <p>Denominatore: N. parti con nessun progresso cesareo</p> <p>Fattore di scala: (x 100)</p> <p>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</p>	<15%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Quantitativo	<p>Numeratore: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero</p> <p>Denominatore: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico</p> <p>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</p>	≤7%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)
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	<p>Numeratore: N. episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE)</p> <p>Denominatore: N. episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice</p> <p>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</p>	≤14,55%	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)
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	<p>Numeratore: N. ricoveri 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)</p> <p>Denominatore: N. ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice</p> <p>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</p>	≤ valore 2025	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO, SDO Mobilità - fonte dati: Anagrafe Tributaria)
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	<p>Numeratore: N. dimissioni per i residenti ≥ 18 anni nel territorio dell'ASST con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore</p> <p>Denominatore: Popolazione ≥ 18 anni residente nell' ASST di riferimento</p> <p>Fattore di scala: x 100.000 abitanti</p> <p>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</p>	≤ valore 2025	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
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'ASST con caratteristiche indicate nella scheda tecnica dell'indicatore Denominatore: Popolazione < 18 anni residente nell' ASST 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	≤50	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H092a: 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	>=35	Autonomia da parte della DG Welfare (Fonte: CRT, SDO)
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P01C-Vaccinazioni, Esavalente: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Quantitativo	Numeratore: N. vaccinati residenti e assistiti entro 24 mesi Denominatore: N. di residenti e assistiti 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	≥ 95% copertura vaccinale	Fonte dati: ARVAX Visualizzazione dato: Tableau Prevenzione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C -Vaccinazioni, MPR: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Quantitativo	Numeratore: N. di vaccinati residenti e assistiti entro 24 mesi Denominatore: N. di residenti e assistiti 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	≥ 95% copertura vaccinale	Fonte dati: ARVAX Visualizzazione dato: Tableau Prevenzione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P05C -Vaccinazioni, HPV: Copertura vaccinale anti-HPV	Quantitativo	Numeratore: N. di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: N. di residenti e assistiti 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	copertura vaccinale per seconda dose coorti 2013 ≥ 85%, 2012 ≥ 78%, 2011 ≥ 70% (il target potrebbe variare in relazione alle definizioni ministeriali)	Fonte dati: ARVAX Visualizzazione dato: Tableau Prevenzione
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C -Screening CERVICE 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
NSG	Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area prevenzione	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15C -Screening CERVICE 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
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
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
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) / 2 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	Fonte e visualizzazione dati: portale SASHA

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
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.	IPC: garantire una corretta gestione dell'infection prevention control nelle strutture sanitarie regionali	IPC: realizzazione delle azioni sezione 11.10 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 sezione 11.10 degli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026	Fonti: relazioni ad hoc
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.	Microbio 2.0: garantire la piena funzionalità del tracciato Microbio 2.0	Microbio 2.0: realizzazione delle modifiche al tracciato dati e, invio giornaliero e valutazione della qualità del dato	Quantitativo	Presenza del flusso Microbio 2.0 con invio giornaliero a partire da Giugno 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%	> 95% dei giorni con invio del flusso e validazione del flusso da parte della UO Prevenzione (verifica del numero di record inviati e della qualità del flusso)	Fonte e visualizzazione dati: portale Microbio
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	Numeratore: N. formati correttamente Registrati in Regis Denominatore: N. formati previsti Numeratore: risorse utilizzate Denominatore: 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 boolebox
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 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 + > prostata: visita urologica entro 60 gg da PSA/FH+ 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 Numeratore: N. prenotazioni effettuate coerenti con i tempi di attesa previsti Denominatore: 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
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
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 dei DIPS/ Dipartimento Funz Prevenzione a dicembre 2026 delle iniziative alle iniziative regionali previste nel paragrafo 11.2 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
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 dichiara 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
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a specifiche	Adeguamento sistemi a codifiche ICD-10 e CIP1	Qualitativo	/	Adeguamento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (31.12.2026)	Autonoma da parte della DG Welfare
Flussi informativi	Adeguamento a nuove specifiche	Adeguamento a specifiche	Flusso CEDAP MICRO-BIO (entro settembre): adeguamento a nuove specifiche	Qualitativo	/	adeguamento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (per CEDAP 01.01.2026)	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS)
Flussi informativi	Aumento della tempestività di invio dei flussi	Tempestività e completezza invio flussi M&S e DGW	Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da M&S e/o formalizzate da DGW	Quantitativo	Numeratore: n record inviati entro la scadenza Denominatore: 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%	100%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte Flussi M&S: 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.)

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Corretta registrazione posti letto OBI (Osservazione Breve Intensiva)	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%	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	Autonoma da parte della DG Welfare
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Completezza delle informazioni nel flusso EMUR-PS; registrazione accessi in OBI	Quantitativo	Numeratore: N. accessi OBI da flusso EMUR-PS Denominatore: N. ricoveri con provenienza da OBI 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	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso EMUR-PS, flusso SDO)
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 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%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso CeDAP, flusso SDO, modelli HSP11 e HSP11bis)
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: N. strutture di ricovero censite nei modelli HSP Denominatore: 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%	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))
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: qualità della rilevazione (errori gravi)	Quantitativo	Numeratore: N. record SDO contenenti errori gravi Denominatore: 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%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDO)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	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: N. SDO-R trasmesse Denominatore: totale SDO-R attese 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: flusso SDO-R, flusso SDO)
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) Denominatore: totale scale (per reparto di dimissione) compilate 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: flusso SDO-R)
Flussi informativi	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse	Coerenza e accuratezza tra flussi	Numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Percentuale di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN su protesi mammarie acquistate dal SSN (flusso consumi).	Quantitativo	Numeratore: N. di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN Denominatore: N. di protesi mammarie acquistate dal SSN* 100 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%	≥ 80%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Registro Impianti Protesi Mammari, flusso consumi (CND: P060101 - protesi mammarie rotonde; P060102 - protesi mammarie anatomiche; P060201 - protesi mammarie tipo Becker))
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 - Livello di copertura del Registro Nazionale e del Registro Regionale degli Impianti Protesi Mammari	Quantitativo	Numeratore: N. impianti-espanti effettuati registrati Denominatore: N. impianti-espanti effettuati in ciascun ente 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: Registro Impianti Protesi Mammari e flusso SDO)
Farmacutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Obbligo da parte delle Strutture che erogano i farmaci in File F di chiusura delle schede di Registro AIFA, 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 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'ASST che attesti il raggiungimento del target
Farmacutica	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-Dispovigilanza	Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilanza. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidenti 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 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'ASST attestante il raggiungimento dell'indicatore (Fonte: Piattaforma Dispovigilance del Ministero della Salute)
Farmacutica	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 (imminenti) 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 enoxaparina e denosumab Denominatore: N. prescrizioni totali di enoxaparina e denosumab 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
Farmacutica	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

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
Farmacutica	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 2025 la prescrizione dei farmaci di seguito elencati dovrà avvenire SOLO su RICETTA DEMATERIALIZZATA : -DENOSUMAB -ENOXAPARINA -GPL1	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
Farmacutica	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni	Raggiungimento di target di utilizzo dei biosimilari nel File F e la promozione della loro prescrizione in ambito ospedaliero	Sul dato di produzione File F di ogni singolo erogatore nell'anno 2026 (per tutte le tipologie e per tutti gli assistiti). •ADALIMUMAB (95%) •ETANERCEPT (85%) •INFLIXIMAB EV (99%) •TRASTUZUMAB EV (99,5%) •BEVACIZUMAB (99%) •RITUXIMAB EV (99%) •RANIBIZUMAB (40%) A questi medicinali si aggiunge anche la promozione della prescrizione e utilizzo a livello ospedaliero dei farmaci biosimilari di : •DENOSUMAB (almeno il 40% del biosimilare) •LUSTEKINUMAB (almeno il 20% del biosimilare) •AFLIBERCEPT 2 MG (almeno il 20% del biosimilare) •ECULIZUMAB (almeno il 40% del biosimilare)	Quantitativo	Per ogni farmaco si applica la seguente formula di calcolo: Numeratore: N. di confezioni di adalimumab biosimilare (tutti i biosimilari) Denominatore: N. di confezioni di adalimumab totali (biosimilari+originator) 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	valore riportato in parentesi nella descrizione indicatore	Report da parte dell'ASST che attesti il raggiungimento del target
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 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
Liste d'attesa	Configurazione ed utilizzo CUP regionale	Monitoraggio degli indicatori di corretto utilizzo del CUP e di efficientamento dell'offerta ambulatoriale sulla base delle regole definite a livello regionale.	Gli specifici indicatori saranno definiti in un provvedimento successivo dalla DG Welfare	Quantitativo	Le modalità di calcolo saranno definite con provvedimento successivo dalla DG Welfare Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 2 punti dell'Area Liste d'Attesa	I target saranno definiti da successivo provvedimento e dovranno essere raggiunti entro 3 mesi dall'avvio del CUP presso l'Ente (per gli Enti che già utilizzano il CUP regionale i 3 mesi decorrono dalla pubblicazione del provvedimento)	Da definire con successivo provvedimento
Liste d'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 - Pubblici	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento	Quantitativo	1. calcolo raggiungimento target a livello di prestazione/raggruppamento: Numeratore: volume erogato secondo i flussi individuati a livello di ASST Denominatore: totale target a livello di ASST 2. calcolo valore indicatore complessivo: (Somatoria target delle singole prestazioni/raggruppamenti)/n. prestazioni-raggruppamenti con target Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 7 punti dell'Area Liste d'Attesa	da PRGLA I target saranno validati con successivo provvedimento a livello di prestazione/raggruppamento: volume/target = 80 > 100% per la singola prestazione 60 <= volume/target < 80 -> 50% per la singola prestazione 0 <= volume/target < 60 -> 0% per la singola prestazione	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN)
Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati	Raggiungimento dei target fissati con gli Indirizzi di Programmazione di Sistema 2026 sui tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati (oncologici in classe di priorità A e non oncologici in tutte le classi di priorità) rispettando i volumi 2025 (senza considerare i ricoveri con anno di prenotazione antecedente o uguale al 2024)	Quantitativo	ONCOLOGICI Numeratore: n di ricoveri chirurgici oncologici programmati (classe di priorità A) effettuati entro soglia Denominatore: totale di ricoveri chirurgici programmati 2026 oncologici (classe di priorità A) NON ONCOLOGICI Numeratore: n di ricoveri chirurgici non oncologici programmati Denominatore: totale di ricoveri chirurgici programmati 2026 (tutte le classi di priorità) Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 4 punti dell'Area Liste d'Attesa	88% oncologici programmati - classe di priorità A 85% non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso SDC)
Liste d'attesa	Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità	Recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero	Raggiungimento della percentuale target di recupero delle prestazioni di ricovero prenotate negli anni 2020-2021, 2022, 2023 e 2024 e non erogate alla data del 01.01.2026	Quantitativo	Numeratore: differenza tra il n. di ricoveri in lista al 01.01.2026 e il n. di ricoveri ancora in lista al 31.12.2026 Denominatore: N. di ricoveri in lista al 01.01.2026 Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 3 punti dell'Area Liste d'Attesa	70%	Ricognizione
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 PGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Pubblici	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 (senza prevedere la tolleranza) Denominatore: N. di prenotazioni totali per classe di priorità Il raggiungimento del target per questo indicatore permette di acquisire 4 punti dell'Area Liste d'Attesa	>=90%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flusso dell'erogato 28SAN)
Reti	Rispetto dei target definiti per la reti assistenziali ed organizzative	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	Raggiungimento degli indicatori approvati con DGR n.XII/163/2023 da parte degli Enti di II e III livello Adempimento degli indicatori specificati nella DGR n.XI/6253/2022 da parte dei centri di secondo e terzo livello	Quantitativo	Indicatori previsti da: - DGR n. XII/163/2023 Requisiti previsti da: - DGR n.XI/6253/2022 Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti	Target e requisiti previsti da: - DGR n. XII/163/2023 - DGR n. XI/6253/2022	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flussi regionali monitorati sul cruscotto di Tableau) Adeguamento ai requisiti: relazione da parte dell'Ente
Reti	Rispetto dei target definiti per la reti assistenziali ed organizzative	Neoplasie ginecologiche: Raggiungimento degli indicatori che saranno validati con successivo provvedimento	Raggiungimento degli indicatori che saranno validati con successivo provvedimento	Quantitativo	Indicatori previsti da successivo provvedimento Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti	Target previsti da successivo provvedimento	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flussi regionali monitorati sul cruscotto di Tableau)
Reti	Rispetto dei target definiti per la reti assistenziali ed organizzative	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	Miglioramento indicatori DGR XII/3458/2024, DGR7755 del 28/12/2022 e di presa in carico definiti negli Indirizzi di Programmazione 2026	Quantitativo	Indicatori previsti da: - DGR XII/3458/2024 - DGR XI/7755 del 28/12/2022 - Indirizzi di Programmazione 2026 Il raggiungimento del target per l'Area Reti di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti	Target previsti da: - DGR XII/3458/2024 - DGR7755 del 28/12/2022 - Indirizzi di Programmazione 2026	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: flussi regionali monitorati sul cruscotto di Tableau)
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MAP non aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MAP non aderenti a cooperativa	Quantitativo	Numeratore: N. di pazienti cronici presi in carico Denominatore: totale dei pazienti di competenza 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 2 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	≥ 10%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso di pazienti con PAI attivo attraverso GPC)

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MAP aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici del MAP aderenti a cooperativa	Quantitativo	Numeratore: N. di pazienti cronici presi in carico Denominatore: totale dei pazienti di competenza 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 2 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	≥ 20%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso di pazienti con PAI attivo attraverso GPC)
Polo territoriale e presa in carico	Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR	Attivazione delle CdC	Numero di case di comunità attive con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77 per CdC HUB	Quantitativo	Numeratore: N. CdC attive con tutti i servizi attestati Denominatore: Totale CdC previste ed attive. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR. Logica premiante: CdC: 100% per attestazione entro 31/03/2026, 60% per attestazione entro 30/06/2026	100% (attestazione target PNRR secondo T1, T2)	Invo atto aziendale che attesta da parte delle ASST l'attivazione di tutti i servizi delle CdC secondo le indicazioni delle "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 M6C1-3" Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche" del 19.12.2025.
Polo territoriale e presa in carico	Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR	Attivazione degli OdC	Numero di ospedali di comunità attivi con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77	Quantitativo	Numeratore: N. OdC attivi ed accreditati Denominatore: Totale OdC previsti. Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR permette di acquisire 4 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR.	100% (attestazione target PNRR secondo T1, T2)	Approvazione decreto regionale di accreditamento per tutti gli OdC di competenza territoriale. Invo attestazione secondo le Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 M6C1-3" Case della Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche" del 23.12.2025
Reti	Potenziamento reti territoriali	Potenziamento Rete delle Cure Palliative: Come previsto dal DM 77/2022 e in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/ICSR 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	definizione e formalizzazione delle Reti Locali di Cure palliative secondo le indicazioni della DG Welfare	Qualitativo	Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Obiettivo Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR permette di acquisire 2 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Reti		documento di costituzione nel regolamento di funzionamento delle reti approvato
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Implementazione delle indicazioni ministeriali e regionali in materia di accesso dell'utenza ai servizi territoriali e ambulatoriali di Psichiatria, NPIA, Psicologia e adeguamento delle prassi operative dei servizi amministrativi (CUP, aree amministrative) e di cura (UO Psichiatria, NPIA, Psicologia).	Documento Aziendale che certifichi: - L'adozione delle indicazioni regionali e realizzazione di procedure e prassi operative e le schede per l'accettazione e la valutazione della richiesta di accesso; - Numero di utenti e prestazioni processate come estemporanee dal CUP; - Tempi medi di attesa tra l'arrivo della richiesta e la prima risposta del servizio rilevati nel secondo semestre (1.7.2026 -31.12.2026).	Qualitativo	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 2 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	1 report	Report da parte dell'ASST che attesti raggiungimento del target
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Potenziamento Consulori Familiari attraverso: 1. l'attuazione del nuovo nomenclatore delle prestazioni consultoriali; 2. interventi in area ostetrico - ginecologica con presa in carico multidimensionale della persona.	1 evidenze avvio attività nuovo nomenclatore; 2. approvazione di un protocollo/linee guida aziendali sulla presa in carico multidimensionale in area ostetrico-ginecologica in ambito consultoriale e relativa diffusione e formazione del personale.	Qualitativo	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 2 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	1. utilizzo nuovo nomenclatore consultoriale secondo le indicazioni della DG Welfare anche in tema di flussi; 2. definizione e approvazione del protocollo /linee guida aziendali sulla presa in carico multidimensionale in area ostetrico-ginecologica per i consultori familiari e relativa formazione al personale. 1. utilizzo nuovo nomenclatore; 2. protocollo /linee guida aziendali sulla presa in carico multidimensionale.	Report da parte dell'ASST che attesti: 1. il raggiungimento del target (Fonte: Flusso Consulori per la rilevazione dell'attività svolta); 2. copia del protocollo/linee guida sui percorsi dedicati alla specificità del consultorio in area ostetrico-ginecologica e relazione delle azioni messe in atto per la diffusione e formazione al personale.
Polo territoriale e presa in carico	Misure a sostegno della salute mentale e sviluppi di percorsi di cura per pazienti con specifici bisogni	Realizzazione dei percorsi previsti da DGR 4891/2025 e DGR 5096/2025 relative all'attivazione di cure domiciliari per over 65, anche ai fini dell'obiettivo DM 77/2022 e PNRR (10% di over 65), incentivazione della sorveglianza domiciliare programmata da parte dei MAP (sia nell'attività a ciclo di scelta che su base oraria, quest'ultima particolarmente orientata alla presa in carico degli assistiti afferenti agli AMT)	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025	Quantitativo	Numeratore: N. over 65 presi in carico 2026 Denominatore: N. over 65 presi in carico 2025 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 2 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	Target presi in carico per ASST come da indicazioni DG Welfare Aumento Presi in carico da parte dei MAP rispetto al 2025 >1	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso SIAD, CP, RSSA, ADP, ADP-IFEC)
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	invo degli accordi attuativi aziendali a DG Welfare	Qualitativo	8/8 accordi per MAP e 8/8 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

AREA	Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Tipo indicatore	Modalità di calcolo	Target	Rendicontazione
Investimenti	Raggiungimento del target stabilito dello stato di avanzamento lavori	Numero di interventi realizzati e attestati che contribuiscono al raggiungimento del target PNRR a livello regionale	1. Conclusione degli interventi di propria competenza secondo i termini prescritti e le modalità previste dal POR; 2. Attestazione target	Quantitativo	1. N. di interventi conclusi (rilascio del CRE e/o collaudo) / n. di interventi inseriti nel POR; 2. N. di interventi attestati e deliberati / n. di interventi inseriti nel POR Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Investimenti permette di acquisire 5 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Investimenti Logica premiale: CdC: Odc:100% per conclusione entro 31/03/2026; 60% per conclusione entro 30/06/2026 Oss: 100% per conclusione entro 30/06/2026; 60% per conclusione entro 31/08/2026 DL34:100% per conclusione entro 31/05/2026; 60% per conclusione entro 31/08/2026 In caso di parziale raggiungimento degli obiettivi afferenti alle diverse linee di investimento, verrà operata una valutazione parametrica riassuntiva dell'indicatore.	CdC; Odc: collaudo e attestazione target entro 31/03/2026 Oss: collaudo e attestazione target entro 30/06/2026 DL34: collaudo e attestazione target entro 31/05/2026	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: rilevazione sulle piattaforme)
Investimenti	Raggiungimento del target stabilito dello stato di rendicontazione	Rendicontazione finanziaria delle spese nella piattaforma Regis degli interventi inseriti nel POR attraverso la presentazione dei rendiconti di progetto	Importo rendicontato rispetto al totale degli importi relativi agli interventi assegnati all'Ente.	Quantitativo	Numeratore: Importo PNRR rendicontato Denominatore: importo complessivo del finanziamento assegnato agli interventi Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Investimenti permette di acquisire 5 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 per l'Area Investimenti Verrà operata una valutazione parametrica riassuntiva dell'indicatore in funzione del totale o parziale raggiungimento delle soglie percentuali indicate quali target progressivi alle date del 31/01, 30/06, 30/09 e 31/12/2026.	15% entro il 31 gennaio 2026 50% entro il 30 giugno 2026 75% entro il 30 settembre 2026 100% entro il 31 dicembre 2026	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: rilevazione sulle piattaforme)
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, 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	Quantitativo	Numeratore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti Denominatore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	>85%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso EMUR PS)
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni	Riduzione del tempo di sbarellamento nei rispettivi PS afferenti	Efficientamento delle tempistiche di sbarellamento	Quantitativo	Numeratore: N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2025 Denominatore: N. Ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2024 Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	<=30%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: EUOL)
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub così come definiti dalla DGR 3720 del 30/12/2024	Riduzione del tempo di sbarellamento e di boarding	Quantitativo	Numeratore: tempo medio di boarding 2025 tra tutte le strutture afferenti all'HUB Denominatore: tempo medio di boarding 2024 tra tutte le strutture afferenti all'HUB Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	<=20%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: EUOL)
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, 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	Quantitativo	Numeratore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti Denominatore: N. accessi in PS con codice di priorità 2 Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	>85%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso EMUR PS)
Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, 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 il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita	Quantitativo	Numeratore: N di abbandoni da PS Denominatore: N. di accessi in PS Il raggiungimento del target per l'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero di acquisire 6 punti; anche un solo target non raggiunto implica l'assegnazione di punteggio 0 nell'Area Pronto Soccorso e Polo Ospedaliero	< 1,25%	Autonoma da parte della DG Welfare (Fonte: Flusso EMUR PS)
Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi	Rispetto degli obiettivi economici 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	Confronto tetto e importo a bilancio Il raggiungimento del target per tutti gli indicatori dell'Area Razionalizzazione della Spesa per Beni e Servizi permette di acquisire rispettivamente 10 punti alle ASST e 5 punti alle ATS; 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	Calcolato dalla DG Welfare con i valori di chiusura d'esercizio
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 10 punti alle ASST e 5 punti alle ATS; 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