



Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2026 2028

Documento programmatico triennale per la misurazione e
la valutazione della performance dell'amministrazione

IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Finalità

Con il presente aggiornamento al Piano triennale della performance, quale sezione del PIAO 2026-2028, La Direzione Aziendale prosegue l'attività di gestione ispirata al sistema di responsabilizzazione degli operatori mediante il ciclo di gestione della performance introdotto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/09 e che ha trovato nella redazione dei piani della performance degli anni precedenti le applicazioni e le esperienze di verifica della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (da ora in poi per semplicità denominato O.I.V.).

La struttura del presente documento discende da precise direttive fornite dalla già Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (delibere: n. 112/2010, n.1/2012 e n. 6/2013), sulle quali sono intervenute le ultime modifiche ed integrazioni da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la Valutazione della Performance – attraverso le “Linee guida per il Piano della performance” del giugno 2017.

Sono altresì confermate, nella stesura del presente documento, le finalità già introdotte con nei Piani anni precedenti e in particolare:

- **Esplicitazione** degli obiettivi, degli indicatori e dei target da raggiungere in coerenza con le risorse assegnate;
- **Definizione** degli elementi fondamentali che costituiranno la base per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance (obiettivi, indicatori e target);
- **Evidenziazione** di tutti i passaggi logici idonei a garantire “la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”;
- **Descrizione** analitica ed esaustiva del processo e delle modalità con cui si perviene alla formulazione degli obiettivi dell'amministrazione, alla verifica sugli stessi, ed alla eventuale gestione delle eventuali verifiche di seconda istanza. La descrizione delle procedure di cui all'ultimo punto è estrapolata da diversi atti regolamentari aziendali ed è stato inserito tra gli obiettivi dell'anno l'accorpamento di tutte le norme attinenti alla problematica della valutazione in un unico documento che funga da testo unico cui far riferimento, in un'ottica di trasparenza e proceduralizzazione delle attività propedeutiche ad esprimere una valutazione;

• **Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione** nella verifica/monitoraggio e funzionamento del sistema nel suo complesso e nell'individuazione delle modifiche da apportare allo stesso.

Tali attività sono orientate a garantire una verifica interna ed esterna della “qualità” del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, deve caratterizzare sia gli obiettivi che la metodologia per l'assegnazione e la verifica, concomitante e susseguente, degli stessi. Sotto questo punto di vista il D.lgs 150/09 prevede all'articolo 5, comma 2, una serie di peculiarità che gli obiettivi devono possedere; in particolare gli stessi devono essere:

- a) **Rilevanti e Pertinenti** rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) **Specifici e Misurabili** in termini concreti e chiari;
- c) **Determinanti** nell'apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) **Riferibili** ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno, anche se questa caratteristica si riferisce agli obiettivi operativi e va dunque riferita all'attività da realizzare nell'anno;
- e) **Commisurati** ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) **Confrontabili** con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) **Correlati** alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano, unitamente al sistema di redazione e realizzazione dello stesso, dovrà consentire la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, saranno esplicitati il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli. Il sistema di responsabilizzazione seguirà quello della negoziazione di budget, tenuto conto che gli obiettivi attribuiti possono essere soggetti ad una rivisitazione per integrare o rivedere quanto assegnato se perverranno indicazioni in materia da parte di organi regionali sovraordinati nonché prevedere la revisione degli obiettivi operativi negoziati (pesi ed indicatori) che si dovesse rendere necessaria per sopravvenute esigenze aziendali.

Contenuti

Secondo quanto previsto il Piano individua:

- Gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- Gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa;
- Gli obiettivi organizzativi da assegnare al personale dirigenziale con incarico di struttura ed i relativi indicatori.

Tali contenuti, sono integrati da una serie di informazioni che questa Amministrazione ha inteso fornire per meglio chiarire il contesto di riferimento. A tal fine saranno approfondite le tematiche inerenti la descrizione della “identità” dell’amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare il mandato istituzionale, il “Valore Pubblico” da realizzare quale ente che sta rivedendo la propria offerta assistenziale in funzione di indicazioni assessoriali che comportano delle profonde innovazioni all’attuale organizzazione.

Principi generali

I principi generali per il piano della performance sono qui analiticamente descritti.

Principio n.1: Trasparenza

Il piano sarà pubblicato, sul sito istituzionale aziendale nell’apposita sezione denominata «Amministrazione Trasparente». Il presente piano rappresenta il documento cardine che ispirerà l’attività dell’Azienda ma, sempre al fine di garantire la massima trasparenza per tutti gli stakeholder ai quali tale documento si rivolge, gli strumenti di trasparenza di cui sopra saranno estesi a tutte le eventuali modifiche che si renderanno necessarie o semplicemente opportune.

Le stesse modifiche, del resto, appaiono del tutto probabili per le motivazioni che saranno approfondite con riferimento alla descrizione del contesto interno ed esterno in cui questa Azienda si trova ad operare. Tali considerazioni si basano sulle prescrizioni di cui al D.lgs. 165 marzo 2013, 33 modificato dal D.lgs. n. 97/2016 che contengono indicazioni sulla presentazione delle attività, sulla chiarezza delle stesse, sulle forme di pubblicità da utilizzare affinché tutti gli stakeholder di cui sopra possano risultare degli strumenti di trasparenza e coinvolgimento utilizzati.

Principio n. 2: Immediata intellibilità

Il Piano risulta di dimensioni adeguate e facilmente comprensibile anche agli stakeholder esterni (utenti, fornitori, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.). A tal fine, sono allegati le schede

Budget Obiettivi distintamente per le diverse aree di attività sanitaria, per consentire una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio n. 3: Veridicità e verificabilità

I contenuti del Piano corrispondono alla realtà e per ogni indicatore si fa riferimento a dati, tracciabili, oggetto di trasmissione ufficiale alle competenti autorità regionali e non, il che garantisce la tracciabilità e la verificabilità dei dati stessi. Ai fini di una rappresentazione chiara sono utilizzati indici sanitari e non standardizzati di elevata diffusione e di immediata comprensibilità o sui quali, anche attraverso l'esame delle fonti, sono possibili approfondimenti, il tutto nell'ottica di una chiarezza da garantire a tutti i soggetti interessati.

Principio n. 4: Partecipazione

Il Piano è definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, è stato chiamato a favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Il riferimento, naturalmente, è ovviamente tanto agli operatori della dirigenza quanto a quelli del comparto, stante l'entità del contributo dagli stessi garantito per il raggiungimento delle performance ma anche per lo stretto legame intercorrente tra il ciclo di gestione della performance e la distribuzione delle risorse destinate al salario di risultato. Si favorirà altresì ogni forma possibile di interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese.

Principio n. 5: Coerenza interna ed esterna

I contenuti del Piano sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto di tale principio è considerato basilare per l'attuabilità del presente piano. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

Principio n. 6: Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, anche in relazione a quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. Nella definizione del Piano si è inoltre tenuto conto del collegamento e dell'integrazione con: il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nonché stanti anche le raccomandazioni in tal senso pervenute dall'ANAC in tema di

collegamento tra piano della performance Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. A tal proposito già a partire dagli anni precedenti nel Piano sono stati inseriti tra gli obiettivi le misure di attuazione delle disposizioni del PTPCT.

Principio n. 7: La gradualità nell'adeguamento ai principi e il miglioramento continuo

L'amministrazione si adeguà agli indirizzi proposti secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo. Ogni criticità relativa all'attuazione di tali indirizzi sarà chiaramente riportata nel Piano, unitamente alla descrizione delle azioni e dei tempi per un pieno adeguamento.

Inoltre, l'Amministrazione nella definizione degli obiettivi, ha garantito la coerenza con i contenuti e i tempi previsti dai documenti di programmazione economico e finanziaria (bilancio di previsione), con la recente rideterminazione della dotazione assetto organizzativo aziendale approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020 di approvazione dell'atto aziendale dell'ASP di Agrigento adottato con delibera n. 880 del 10/06/2020".

CHI SIAMO, COSA FACCIAMO COME OPERIAMO

In questa sezione sono illustrate le informazioni salienti sul mandato aziendale e sulle caratteristiche organizzativo/ gestionali al fine di rendere l'attività più trasparente per i suoi fruitori.

Chi siamo

L'Azienda Sanitaria di Agrigento è stata Istituita con la Legge Regionale 14 aprile 2009 N. 5, è divenuta operativa a partire dal 1° settembre 2009. L'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, disciplinati con atto aziendale di diritto privato, mirano ad assicurare l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimalizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali.

Gli Organi dell'ASP di Agrigento sono:

- a) **il Direttore Generale che nomina un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario;**
- b) **il Collegio di Direzione;**
- c) **il Collegio Sindacale.**

Il modello organizzativo Aziendale, secondo la L.R. 5/09 e s.m.i., è suddiviso in quattro “Aree”, ovvero:

- 1. Area di Staff*
- 2. Area Amministrativa*
- 3. Area Territoriale*
- 4. Area Ospedaliera*

Le quattro aree indicate vengono organizzate, ex D.Lgs. 502/92 e s.m.i., su base dipartimentale e distrettuale.

Il Dipartimento

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto. E' articolato al suo interno in strutture organizzative, semplici e complesse, che perseguono finalità comuni, risultando quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale.

I Dipartimenti dell'ASP, sia funzionali che strutturali attivi, distintamente per area sono:

Area Amministrativa:

- Dipartimento Amministrativo.
-

Area Territoriale:

- Dipartimento di Prevenzione;
 - Dipartimento di Prevenzione Veterinario;
 - Dipartimento di Salute Mentale;
-

Area Ospedaliera:

– Dipartimenti Ospedalieri Strutturali:

- Dipartimento di Medicina – Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
- Dipartimento di Chirurgia – Ospedali Riuniti Sciacca Ribera;
- Dipartimento di Medicina – Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
- Dipartimento di Chirurgia – Presidi Ospedalieri di Agrigento, Canicattì e Licata;
- Dipartimento Emergenza;
- Dipartimento Cardiovascolare.

- Dipartimenti Transmurali nel cui ambito rientrano strutture ospedaliere e territoriali:

- Dipartimento del Farmaco (strutturale);
- Dipartimento dei Servizi (strutturale);
- Dipartimento delle Scienze Radiologiche (strutturale);
- Dipartimento Materno Infantile (funzionale);
- Dipartimento di Riabilitazione (funzionale);
- Dipartimento Oncologico (funzionale);
- Dipartimento di Cure Primarie e dell'integrazione Socio-sanitaria (funzionale).

Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario è l'articolazione territoriale in cui si attiva il percorso assistenziale e si realizza l'integrazione tra attività sanitarie sociale. Assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri. Il territorio dell'ASP di Agrigento è articolato in 7 ambiti:

Distretto Sanitario di Agrigento:

*Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo
Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali,
Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'Angelo
Muxaro, Siculiana.*

Distretto Sanitario di Bivona:

*Alessandria della Rocca, Bivona, Cianciana,
San Biagio Platani, Santo Stefano di
Quisquina.*

Distretto Sanitario di Canicattì:

*Camastra, Campobello di Licata, Canicattì,
Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto,
Ravanusa.*

Distretto Sanitario di Casteltermini:

*Cammarata, Casteltermini, San Giovanni
Gemini.*

Distretto Sanitario di Licata:

Licata, Palma di Montechiaro.

Distretto Sanitario di Ribera:

*Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca
Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.*

Distretto Sanitario di Sciacca:

*Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca di
Sicilia, Santa Margherita Belice, Sciacca.*

Cosa facciamo

L'ASP, in ragione della profonda trasformazione del Servizio Sanitario Regionale e sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari e sull'analisi della domanda, è finalizzata ad assicurare alla popolazione del proprio territorio, l'erogazione delle prestazioni essenziali ed appropriate nel rispetto dei LEA, lo sviluppo dei sistemi di qualità, la massima accessibilità ai servizi dei cittadini, l'equità delle prestazioni erogate, il raccordo istituzionale con gli Enti Locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, nonché l'ottimizzazione e l'integrazione delle risposte assistenziali.

L'A.S.P., quindi, ha il compito di *"Garantire la salvaguardia della salute dei cittadini della provincia di Agrigento, sia individuale che collettiva, per consentire agli stessi la migliore qualità di vita possibile e ciò attraverso l'erogazione dell'assistenza secondo livelli fissati dalla Regione integrando gli stessi con quanto concertato a livello territoriale con gli enti locali"*.

Ha, altresì, il compito di garantire la prevenzione e la riabilitazione e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di promuovere la salute dei lavoratori garantendo equità, solidarietà e riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Come operiamo

L'Azienda organizza il livello quali-quantitativo dei propri servizi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari degli utenti, ponendo particolare attenzione alle determinanti socio-economiche della salute e sviluppando un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione medesima.

Costituiscono elementi cardine della mission Aziendale:

- la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento;
- il monitoraggio dei bisogni sanitari del territorio al fine di definire il livello qualitativo e quantitativo dei propri servizi e modellare la propria attività a criteri di appropriatezza sia clinica che organizzativa definendo responsabilità in modo chiaro e condiviso;
- la riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- l'integrazione tra ospedale e territorio e, conseguentemente, l'integrazione tra le diverse professionalità che operano nella azienda;
- la qualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale;
- il potenziamento delle attività di prevenzione;
- la riduzione delle liste di attesa;
- la riduzione del rischio clinico attraverso interventi e programmi definiti;
- la gestione integrata delle attività socio-sanitarie attraverso la rete dei servizi socio-sanitari e di specifici percorsi aziendali per la presa in carico di patologie croniche.

Il modello organizzativo aziendale adottato tende ad una semplificazione in coerenza con l'obiettivo di razionalizzare e semplificare adempimenti e procedure evitando duplicazioni e

sovraposizioni e rendere l'organizzazione quanto più coerente alle specifiche finalità aziendali. A tal fine l'organizzazione è basata su Dipartimenti, volta ad assicurare una gestione integrata e coordinata delle attività svolte a livello territoriale dalle Direzioni distrettuali.

La Vision aziendale: l’Albero della performance

La “Vision” Aziendale rappresenta la traduzione in azioni concrete della “mission” e si concretizza nell’individuazione degli adempimenti pratici da porre in essere per realizzare la mission stessa, mediante:

- integrazioni socio-sanitarie ed alleanze, sia all’interno che all’esterno dell’organizzazione, che consentano di avere un impatto sulla salute influendo sulle condizioni di vita, sulla distribuzione delle risorse e sulla tipologia dell’offerta attraverso la definizione degli assetti organizzativi, delle responsabilità, dell’impegno, dei risultati e dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale;
- il corretto uso delle risorse assegnate, perseguendo efficienza efficacia ed economicità organizzativa e gestionale perseguendo il miglioramento continuo della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sia sanitarie che gestionali.

L’Azienda, inoltre, pone particolare attenzione alle risorse professionali disponibili, allo sviluppo del personale medesimo e al riorientamento delle professionalità verso contenuti tecnico-professionali di eccellenza; favorisce il coinvolgimento dei cittadini e verifica il gradimento dell’utenza per i servizi erogati garantendo al contempo tempi d’attesa per l’accesso alle prestazioni sanitarie appropriati alle necessità di cura degli assistiti e comunque nel rispetto dei tempi massimi previsti da normative vigenti; assicura l’integrazione fisica e/o organizzativa-operativa dei servizi territoriali secondo quanto previsto dalle linee guida di riorganizzazione dell’attività territoriale ai sensi dell’art. 12 c.8 della L.R. 5/2009, attraverso l’operato nell’ambito dei Distretti Sanitari dei PPTAA (Presidi Territoriali di Assistenza).

L’organizzazione ed il funzionamento dell’Azienda, nonché l’attività delle articolazioni organizzative aziendali, sono ispirati a principi di sussidiarietà solidale e complementarietà tra gli erogatori dei servizi nonché a criteri di:

- efficacia interna ed esterna, attraverso il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dell’utenza;
- efficienza gestionale e comportamentale attraverso la gestione di una struttura organizzativa improntata a criteri di minimizzazione dei costi;
- efficacia, efficienza ed economicità tra prestazioni erogate e risorse impiegate;
- integrazione tra Distretto Ospedaliero – Distretto Sanitario – P.T.A.;
- pianificazione strategica, programmazione e controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale di gestione;
- professionalità, flessibilità e responsabilizzazione del personale;
- rapporti convenzionali in funzione delle effettive necessità aziendali;

- informatizzazione ed innovazione di tutti i processi amministrativi e sanitari;
- delega delle funzioni gestionali al direttore sanitario, al direttore amministrativo e ai dirigenti per assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione e pianificazione;
- sviluppo del “sistema qualita” dell’Azienda.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI DERIVANTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LINEE DI SVILUPPO DELLA GESTIONE AZIENDALE

Al fine di soddisfare una coerente logica programmativa organizzativa e gestionale aziendale con la pianificazione regionale, in coerenza con gli obiettivi Aziendali assegnati alla Direzione Aziendale, nello sviluppo del presente piano della performance sono state inserite nuove linee di intervento relativamente alle sotto indicate *Macro Aree strategiche*:

- ***OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE***;
- ***AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA*** ;
- ***PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA*** ;
- ***ASSISTENZA DISTRETTUALE*** ;
- ***MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR -*** ;
- ***CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE***.

Nel rispetto dei vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al Piano del fabbisogno e delle dotazione organica D.A. n. 02/22 del 05/01/2022 nel rispetto della cornice finanziaria di cui all’art. 11 del D.L. 30.04.2019 n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25.06.2019 n.60; e del raggiungimento/mantenimento dell’equilibrio economico-finanziario aziendale.

Il piano vuole costituire dunque uno strumento di governo aziendale delle risposte sanitarie anche all’attività programmativa regionale ed è stato appositamente concepito in una serie di macro aree di intervento strategiche tali da soddisfare lo sviluppo armonico Aziendale.

Recepire quanto sopra e tradurre tali determinanti in obiettivi ed in un set di indicatori che rendicontino tutte le attività assistenziali rese (accountability), rappresenta uno *step* imprescindibile per l’Amministrazione. Né si può prescindere, in tale ottica, dalla necessità di inglobare nel contesto degli obiettivi da assegnare anche quelli attribuiti ai Direttori Generali che rientrano nel sistema di valutazione AgeNaS.. Inoltre la promozione di medio periodo di

importanti strumenti di valutazione quali la Customer Satisfaction, il coinvolgimento del Comitato Consultivo Aziendale, costituiscono un indispensabile elemento di confronto finalizzato a migliorare in toto l'assistenza sanitaria.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Le Macro Aree di Intervento e gli Obiettivi Strategici

Per meglio definire gli obiettivi strategici questa Azienda nell'elaborazione del presente piano, sulla scorta degli obiettivi Aziendali assegnati alla Direzione Aziendale, già a partire dal mese di luglio 2024 sono stati posti in essere una serie di adempimenti propedeutici sinteticamente riconducibili a:

- Analisi dell'organizzazione aziendale;
- Coinvolgimento delle figure apicali nell'individuazione delle strutture da potenziare, creare e, se del caso, riconvertire o sopprimere;
- Analisi sulla attuale dotazione per struttura;
- Verifica sulla sostenibilità economica e sulla coerenza tra ipotesi eventualmente formulate in termini di riorganizzazione e contingenti minimi di personale presenti o in corso di acquisizione;
- Verifica sul possesso dei requisiti minimi all'interno delle strutture aziendali attualmente esistenti in termini di risorse umane.

Tenuto conto delle complessità dei processi qui rappresentati, si è operato con lo scopo di dare concreta applicazione al sistema di responsabilizzazione degli operatori, già a partire dal 2024, individuando una batteria di obiettivi e valori attesi volti a disciplinare le ***Macro Aree strategiche di Intervento***, riportate ne riquadro sotto, in una prospettiva temporale triennale, inoltre sono state individuante le strutture aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi.

Macro Aree strategiche di Intervento

- ***Obiettivi di Salute e Funzionamento;***
-
- ***Monitoraggio dei costi e rispetto tetti di spesa – PNRR;***
-
- ***Contributo alla organizzazione aziendale;***
-

- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): prevenzione collettiva e sanità pubblica;*
-
- *obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA;*
-
- *Obiettivi previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): ASSISTENZA DISTRETTUALE;*
-
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): STIMA DEL BISOGNO SANITARIO;*
-
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): CONTESTO ED EQUITA';*
-
- *Obiettivi core previsti dal nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG): PDTA.*

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI Lo sviluppo operativo e gli indicatori -

Gli Obiettivi Operativi Individuati e gli Indicatori

Nello sviluppo del presente piano si è operato in una cornice di fattiva collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali tanto sanitarie quanto amministrative, sia all'interno delle strutture ospedaliere sia nell'ambito dell'area territoriale, sono stati ulteriormente sviluppati, gli obiettivi della Direzione derivanti dal mandato istituzionale e dalle indicazioni espressamente fornite in sede assessoriale, nonché quelli del sistema di valutazione dei Direttori Generali, i quali sono stati già oggetto di espressa evidenziazione a tutti i dirigenti apicali e costituiscono il presupposto per le successive fasi di delega a tutto il personale dirigente e comparto.

La programmazione e le azioni già realizzate nonché quella da porre in essere dovranno consentire di migliorare ulteriormente qualitativamente e quantitativamente i livelli essenziali di assistenza facendo sì che l'erogazione degli stessi sia efficace ed appropriata e quanto più possibile omogenea su tutto il territorio provinciale, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico.

Precisato che l’Azienda si è dotata di due regolamenti per la valutazione del personale delle Aree Comparto e Dirigenziale: delibera n° 1970 del 02/05/2013 “Regolamento retribuzione di risultato di dirigenza, verifiche e valutazione del personale dirigenziale”, delibera n° 1883 del 30/04/2013 “Regolamento per l’erogazione della produttività collettiva –comparto” modificato con delibera n. 1824 del 21.12.2016.

La stesura dei piani operativi fa riferimento al piano di realizzazione della performance, all’interno del quale sono evidenziati i seguenti passaggi logici fondamentali:

- illustrazione preventiva degli obiettivi ai dirigenti apicali, negoziazione ed assegnazione del budget definitivo. la programmazione annuale con le unità operative interne è operata mediante il processo di budget, strumento con cui le risorse umane, finanziarie e tecnologiche vengono allocate alle singole articolazioni, alle quali sono affidati gli obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità. Il valore di alcuni indicatori e obiettivi, stante le specificità caso per caso, sarà oggetto di analisi in sede di negoziazione del budget al fine di individuare valori congrui per la misurazione. la Direzione Generale, pertanto predisposte le schede di budget, negozierà obiettivi, indicatori e relativi valori nonché il peso % assegnato a ciascun indicatore (in funzione della rilevanza strategica degli obiettivi medesimi e tenuto conto anche delle risorse disponibili).

- I Direttori delle UU.OO.C.C., sia dell’Area Ospedaliera (PP.OO.) che dell’Area Territoriale (Distretti Sanitari di Base, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Area Gestione del Farmaco, Area Amministrativa), con riferimento agli obiettivi sopra individuati, sia generali che specifici attinenti la propria area, coinvolgeranno nella fase di attuazione degli obiettivi negoziati tutti i responsabili delle unità operative semplici afferenti alla struttura complessa nonché tutto il personale in servizio sia della dirigenza che del comparto. E’ prevista a cura dei responsabili delle diverse articolazioni aziendali garantire gli adempimenti necessari ai fini della verifica concomitante e susseguente degli obiettivi assegnati, illustrando obiettivi e criteri di valutazione. Inoltre, trasmetteranno al Controllo di Gestione le informazioni necessarie per la conoscenza di tutte le variabili, nello specifico verbali di assegnazione di obiettivi e di individuazione dei criteri e schede di valutazione preventive, oltre a tutte le altre informazioni che si dovessero rendere necessarie in corso di opera per informare tempestivamente la Direzione sull’andamento della gestione;

- I responsabili delle Unità Operative Complesse predisporranno e trasmetteranno i rispettivi Piani Operativi Preventivi, secondo gli obiettivi generali e specifici di propria competenza sia in forma cartacea che per posta elettronica, alla Direzione Aziendale tramite la U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici Aziendali.
- I piani di lavoro Operativi Preventivi da presentare possono prevedere, oltre gli obiettivi individuati con la presente, anche obiettivi propri aggiuntivi che ciascuna unità operativa intende realizzare nel corso dell'anno e ciò, comunque, dopo aver verificato la loro compatibilità con gli obiettivi generali dell'Azienda, con i vincoli di bilancio nonché le risorse umane e strumentali disponibili. Nei medesimi piani di lavoro operativi / preventivi devono anche essere esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa nel rispetto dei programmi e degli obiettivi generali dell'Azienda, nonché tenuto conto di quanto stabilito dal regolamento aziendale sul sistema premiante.
- A ciascun responsabile di U.O.C. compete la responsabilità di porre le basi per la verifica sul grado di partecipazione dei dipendenti, afferenti alla medesima U.O. sia della dirigenza che del comparto, al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini del salario di risultato;
- Monitoraggio degli Obiettivi: La U.O.C. Controllo di Gestione, di concerto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, predisporrà il controllo concomitante degli obiettivi assegnati anche attraverso la raccolta dei dati di attività trimestrali resi dalle unità operative complesse. Gli obiettivi verranno controllati periodicamente, le UU.OO.CC. trasmetteranno via mail i dati di attività corredati da report sintetico trimestrale attestante lo stato di attuazione degli obiettivi. Parallelamente verranno riprodotti, in modo sistematico, i dati sulle attività e sull'utilizzo delle risorse al fine di controllare la coerenza dell'andamento della gestione con gli obiettivi assegnati, ed adottare eventualmente azioni correttive. Il costante feedback operativo-gestionale prevedrà altresì anche specifiche convocazioni semestrali dei direttori di macrostruttura nel corso del 2026 (audit) al fine di valutare la congruenza tra gli obiettivi assegnati e il soddisfacimento degli stessi.
- A consuntivo la Direzione Generale, procederà alla verifica dei risultati raggiunti sia per la valutazione che per l'erogazione della retribuzione di risultato. Tale verifica si baserà sulla regolamentazione interna di vari istituti contrattuali per la quale è prevista la rimodulazione in corso d'anno anche in ossequio a quanto disposto dalla L.R. 5 del 2009;

- La valutazione della performance, sulla base di espressa disposizione assessoriale, avrà ad oggetto sia i risultati rilevati con riferimento alla struttura di appartenenza dei singoli operatori (performance organizzativa) sia il contributo reso dai singoli operatori (performance individuale).

Nella redazione del presente piano, si sono privilegiati obiettivi chiari, la cui formula di calcolo appaia facilmente comprensibile al pari delle unità di misura e la cui fonte sia facilmente individuabile. Il confronto con i dati storici e il valore di benchmark, tuttavia, risulta per alcune strutture di difficile individuazione per due ordini di motivi: per le modifiche in cantiere sull'assetto organizzativo aziendale scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera previsto dal D.A. n. 22 del 19.01.2019 per cui l'accorpamento/frazionamento in essere rischia di rendere la somma algebrica delle prestazioni rese in precedenza fuorviante. In tale ottica il presente piano costituisce la base di lavoro per le verifiche che sarà possibile realizzare in futuro. In riferimento al valore di Benchmark, la specificità sanitaria fa sì che un valore di riferimento presso un'altra struttura possa, in relazione al contesto in cui la stessa è resa, risultare non omogenea rispetto alla stessa attività all'interno della ASP. Per questa motivazione, stante l'obbligo previsto dalla L.R. 5/2009 di uniformare l'offerta assistenziale si ritiene opportuno rinviare il confronto con altre strutture al momento in cui saranno a disposizione dei sistemi informativi uniformi e un quadro chiaro dell'offerta assistenziale regionale.

Nell'individuazione degli obiettivi si fa riferimento anche all'articolazione aziendale così come derivante dall'Atto Aziendale.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Attribuzione de i tetti di spesa per i Dispositivi Medici Anni 2026-2028 - DA N.401/2025

Premesso che già a partire dei primi mesi del 2025, si è proceduto alla ricalibrazione/assegnazione degli obiettivi, sulla scorta degli obiettivi strategici assegnati alla Direzione Generale, nonché in considerazione delle disposizioni assessoriali di cui al D.A. n. 401/2025 in ordine alla razionalizzazione della spesa per dispositivi medici per l'anno 2025, sono stati ridefiniti ed assegnare obiettivi di performance, finalizzati alla riduzione della spesa sui Dispositivi Medici, a valere sugli obiettivi di performance che sugli obiettivi di incarico che concorrono alla valutazione dei direttori di struttura semplice e complessa delle Unità Operative mediche per la conferma/revoca dell'incarico.

In tal senso sono state predisporre sul 2026 specifiche procedure e direttive aziendali finalizzate all'attuazione di politiche di utilizzo prioritario dei dispositivi caratterizzati da miglior rapporto costo-beneficio, e sono state adottare specifiche procedure e direttive aziendali finalizzate alla calendarizzazione ed all'attuazione periodica di audit nei confronti dei medici con particolare riferimento alle branche specialistiche maggiormente interessate nell'utilizzo di dispositivi medici ad elevato impatto di spesa;

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Obiettivi di Anticorruzione e Trasparenza

L'integrazione degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza nel Piano della Performance dell'ASP di Agrigento rappresenta una leva strategica per garantire legalità, qualità e sostenibilità del sistema sanitario provinciale, rafforzando il rapporto di fiducia con i cittadini e pubblico, contribuendo in modo diretto alla tutela del diritto alla salute e alla generazione di valore pubblico.

In tal senso nel presente Piano della Performance dell'**Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento** declina gli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza amministrativa in coerenza con:

- la missione istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- il PIAO aziendale;
- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- gli **obiettivi strategici regionali** di cui alla **Delibera di Giunta Regionale n. 195/2024 (Obiettivo E)**.

Nella consapevolezza che in ambito sanitario, anticorruzione e trasparenza assumono un rilievo strategico diretto nella **catena del valore pubblico**, in quanto contribuiscono a garantire:

- equità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- tutela del diritto alla salute;
- corretto utilizzo delle risorse pubbliche;
- qualità, sicurezza e appropriatezza dei servizi sanitari;
- fiducia dei cittadini e degli operatori nel sistema sanitario pubblico.

Il valore pubblico perseguito dall'ASP di Agrigento si sostanzia nel rafforzamento della legalità come fattore abilitante della qualità dell'assistenza sanitaria e della sostenibilità del sistema, in tal senso si è sviluppato il box sotto riportato riportante gli elementi dell'obiettivo in argomento.

BOX – Obiettivi Anticorruzione e Trasparenza

Allineamento alla catena del valore pubblico

Bisogni collettivi

Tutela della salute, equità, trasparenza, legalità, fiducia dei cittadini.

Risorse pubbliche

Risorse finanziarie del SSR, personale sanitario e amministrativo, dati e informazioni pubbliche.

Processi chiave

Procedimenti amministrativi, gestione del personale, approvvigionamenti, erogazione dei servizi sanitari, controlli interni.

Output

Atti e procedimenti trasparenti, personale formato, dati pubblicati e aggiornati, riduzione dei rischi corruttivi.

Outcome / Valore pubblico

Migliore qualità dei servizi sanitari, riduzione delle disuguaglianze, aumento della fiducia dei cittadini, maggiore efficienza e integrità dell'azione amministrativa.

Obiettivo strategico regionale di riferimento

Obiettivo E – Attuazione delle disposizioni sulla trasparenza e in materia di prevenzione della corruzione

(D.G.R. n. 195/2024)

L'ASP di Agrigento contribuisce al perseguitamento dell'obiettivo regionale attraverso la piena attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obblighi di trasparenza, integrandole nel sistema di performance aziendale.

Obiettivi strategici e operativi dell'ASP di Agrigento

Obiettivo strategico 1 – Rafforzamento del sistema di prevenzione della corruzione

Valore pubblico atteso: integrità dell'azione amministrativa e tutela dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari.

Obiettivi operativi allineati all'Obiettivo E (DGR 195/2024):

- a) Attività di aggiornamento della mappatura dei procedimenti afferenti ai servizi aziendali ai sensi dell'art. 35 del D.lgs. n. 33/2013.
- a) Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio di corruzione, con particolare riferimento alle aree sanitarie e amministrative a maggiore esposizione.

Obiettivi operativi allineati all'Obiettivo E (DGR 195/2024):

- c) Assolvimento degli obblighi di formazione generica e formazione specifica in materia di anticorruzione e trasparenza.
- c) Proposta di formazione del personale afferente alle strutture aziendali per l'anno 2026, differenziata per ruolo e livello di responsabilità.

Risultati attesi: Risultati attesi:

- Mappatura aggiornata e coerente dei procedimenti e dei processi a rischio.
- Integrazione delle misure di prevenzione nei processi aziendali.

Obiettivo – Pieno rispetto degli obblighi di trasparenza

Valore pubblico atteso: fiducia dei cittadini e accountability dell'ASP di Agrigento.

Obiettivi operativi allineati all'Obiettivo E (DGR 195/2024):

- **b) Adempimento degli obblighi di pubblicazione** previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e dalla normativa vigente.
- **b) Rispetto della tempistica e delle modalità di pubblicazione** per i procedimenti amministrativi di competenza dei servizi aziendali.

Risultati attesi:

- Completezza, aggiornamento e qualità dei contenuti della sezione “Amministrazione Trasparente”.
- Migliore accessibilità e comprensibilità delle informazioni per cittadini, utenti e stakeholder.

Obiettivo – Sviluppo della cultura della legalità e della trasparenza

Valore pubblico atteso: comportamenti organizzativi responsabili e orientati alla tutela della salute pubblica.

- Incremento delle competenze del personale sui temi dell’etica pubblica e della prevenzione della corruzione.
- Rafforzamento della responsabilizzazione dei dirigenti e dei responsabili di procedimento.

Indicatori di performance e monitoraggio

Gli obiettivi sono monitorati attraverso indicatori misurabili, tra cui:

- percentuale di procedimenti mappati e aggiornati;
- numero e percentuale di processi a rischio analizzati;
- grado di adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- rispetto delle scadenze normative;
- percentuale di personale formato (formazione generale e specifica);
- riduzione di rilievi, segnalazioni e criticità rilevate dagli organi di controllo.

Il monitoraggio periodico consente di valutare il contributo degli obiettivi alla **creazione di valore pubblico sanitario** e di attivare tempestivamente azioni correttive.

LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO PREVISTE PER IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le azioni per il miglioramento previste sono connaturate al processo stesso, dal momento che la profonda revisione del sistema di responsabilizzazione degli operatori porrà una serie di problematiche che saranno progressivamente affrontate individuando soluzioni pratiche e fornendo utili spunti di riflessione oltre che una crescita professionale connaturata allo strumento del “*learning by doing*”. A tale scopo questa Azienda si è prefissa in questi ultimi anni lo scopo di proceduralizzare il ciclo della performance collegando allo stesso tutte le altre

procedure aziendali, porre le basi per un sistema di miglioramento continuo, ampliando sempre più le competenze degli operatori.

Il principio ispiratore di tutte le migliorie da apportare può tuttavia già essere individuato nella trasparenza che deve permeare ogni modifica da apportare al sistema, tanto che ci si riferisca alla programmazione da seguire, quanto che il riferimento sia alle procedure da utilizzare per garantire la prima.

In particolare si vuole porre in essere la cultura del miglioramento che non si limiti alla correzione degli errori, ma includa dei feedback costruttivi, la formazione ed il monitoraggio, la creazione di una cultura della crescita continua attraverso, la promozione di una mentalità orientata al feedback e all'apprendimento nonché alla incentivare allo scambio di buone pratiche tra team ed una maggiore integrazione dei risultati del ciclo in piani di sviluppo organizzativo capaci di creare valore pubblico.

ASP AGRIGENTO

PIANO PERFORMANCE OBIETTIVI 2026- 2028

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
<p>Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa, predisposto in attuazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa al fine del rispetto dei tempi ordinari di attesa (PNGLA). (ob.2B. delibera di Giunta Regionale 195/2024)</p>	Recupero delle liste d'attesa.	100% delle azioni richieste dalla direzione strategica.	Ricoveri chirurgici da PNGLA > 70% dei ricoveri rilevanti alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento o diversa indicazione assessoriale. Prestazioni ambulatoriali da PNGLA > 80% delle prestazioni ambulatoriali rilevanti alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento o diversa indicazione assessoriale.
	Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie. Monitoraggio modalità di prenotazione al CUP di prestazioni ambulatoriali	100% se il rapporto è pari a 1 (100%); Evidenza dei controlli effettuati da parte delle Direzioni Sanitarie di Presidio	N° Prestazioni ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate/ N° di prestazioni ambulatoriali erogate. Monitoraggio andamenti trimestrali del numero di accessi diretti per presidio ospedaliero

	secondo priorità – Riduzione prestazioni ambulatoriali con modalità di “<u>accesso diretto</u>”		Evidenza azioni di contrasto al fenomeno con evidenza dell’abbattimento del numero di accessi non autorizzata.
	Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024);	<p>a)obiettivo raggiunto al 100% se il numero di agende dedicate ai PDTA è > n.10;</p> <p>b) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale è > 10% rispetto al periodo di riferimento dell’anno precedente;</p> <p>c) obiettivo raggiunto al 100% se il numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS è < 20% rispetto al periodo di riferimento dell’anno precedente.</p>	<p>a)Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali;</p> <p>b) Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale</p> <p>c)Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS</p>

<p>Esiti: Fattura del femore; Parti cesari; tempestività P.T.C.A. nei casi di I.M.A STEMI; Colecistectomia laparoscopica</p>	<p>Tempestività dell'intervento per frattura femore in pazienti over 65, entro 0-2 giorni dal ricovero;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% se il valore dell'indicatore è => del 96%; - Se il valore è compreso tra il valore di partenza (60%) ed il valore obiettivo (96%); - obiettivo non raggiunto se <= a 60% 	<p>Numeratore: interventi effettuati entro 0-2 gg dal ricovero Denominatore: n° totale di casi di frattura femore su pazienti over 65</p>
	<p>Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)</p>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente alla soglia medio PNE AGENAS (30%) per livello/soglia individuato e il rispettivo valore obiettivo. Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è superiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto; se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</p>	<p>Numeratore: Parti cesarei di donne non pre-cesarizzate (cesarei primari) totale. Denominatore: parti di donne con nessun pregresso cesareo Valori soglia: - Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con $500 \leq$ vol. 1000 parti anno = massimo 10%;</p>

	<p>Tempestività nell'effettuazione dell'angioplastica percutanea su pazienti con diagnosi di I.M.A. STEMI</p>	<p>82% <i>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo al prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM 70 (60%) e il target nazionale (valore obiettivo).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Il valore di partenza rappresenta la soglia minima, se il valore dell'indicatore è inferiore al valore di partenza, l'obiettivo è considerato non raggiunto;</i> <i>- se il valore è compreso tra il valore di partenza e il valore obiettivo, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare.</i> 	<p>PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 min dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI/ n. totali di IMA STEMI diagnosticati</p>
	<p>Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni</p>	<ul style="list-style-type: none"> -100% se il valore è => al 96%; -se compreso tra 70% e 96% il valore verrà calcolato secondo la funzione lineare; -0% se il valore è < al 70% 	<p>n° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni/ N° di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.</p>

<p>Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR (ob. 3)</p>	<p>Incrementare la sicurezza e la qualità dei punti nascita della Regione Sicilia, rispettando gli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, dei punti nascita in deroga e dei punti nascita di II livello, in coerenza all'Accordo Stato – Regioni del 16 dicembre 2010 e al Decreto Assessoriale 2536 del 2 dicembre 2011 “Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita” e ss. mm. e ii.</p>	<p>Raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist Livello I : 100% = Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda; Livello II: 90% = Soddisfacimento del 95% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda; Livello III :75% =Soddisfacimento del 85% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda</p>	<p>100%</p>
--	---	--	--------------------

<p>Gestione del sovraffollamento in PS;</p>	<p>a) Tempo massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo della presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso di 8 h;</p>	<p>a) Indicatore TMP: - obiettivo raggiunto al 100% se $\geq 85\%$; - obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 75% e < 85%; - obiettivo NON raggiunto <75%</p>	<p>a) Indicatore TMP: ≤ 8 h <i>indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandona PS in corso di accertamenti)</i></p>
	<p>b) Boarding (cattiva pratica" di tenere i pazienti da ricoverare sulle barelle nei corridoi del PS per mancanza posti letto): percentuale di pazienti con permanenza pre ricovero di 44H</p>	<p>b) Indicatore Boarding: - obiettivo raggiunto al 100% se $\leq 2\%$; - obiettivo raggiunto al 50% se compreso tra 2% e 4%; - obiettivo NON raggiunto >4%</p>	<p>b)Indicatore Boarding: $> 44h$</p>

Screening oncologici	<p>Il Ministero della Salute prevede che si raggiunga il:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100% di estensione su tutti e 3 gli screening; - 50% di adesione per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto, - 60% per il tumore della mammella; ne consegue che i relativi indicatori LEA sono 50% per il cervicocarcinoma e il tumore del colon retto, e 60% per il tumore della mammella. 		<p>Per ogni screening, in linea con le soglie definite dal NSG:</p> <p>a) Cervice e colon-retto Indicatore LEA : 25% = 0; 25-29% = 5; 30-34% = 6; 35-39% = 7; 40-44% = 8; 45-49% = 9; $\geq 50\%$ = 10</p> <p>b) Mammella Indicatore LEA : 35% = 0; 35-39% = 5; 40-44% = 6; 45-49% = 7; 50-54% = 8; 55-59% = 9; $\geq 60\%$ = 10</p>
	<p>a) obiettivi di processo Formazione del personale dedicato allo screening (SI/NO)</p> <p>b) organizzazione di programmi di comunicazione rivolti alla popolazione target (SI/NO)</p>	<p>Ridurre i casi di mortalità garantendo a tutta la popolazione siciliana gli screening oncologici</p>	<p>a) si= 1 no=0</p> <p>b) si= 1 no=0</p>

Obiettivo 5- Organi e Tessuti	Migliorare il Procurement degli organi solidi e dei tessuti	Incrementare, migliorare o mantenere la donazione di sangue, plasma , organi e tessuti nel rispetto dei parametri nazionali e internazionali	Istituzione del Coordinamento locale Aziendale per il Procurament Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore locale aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurament (PESO 10%); N° di accertamenti di morte con criterio neurologico/ n° decessi aziendali per grave neuro lesione nell'anno 2024 (risultato atteso> 30%) (PESO 30%); Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%); Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%) Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)
--------------------------------------	--	---	--

	<p>Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e Cat. B) presso ciascuna Azienda Sanitaria regionale rispetto all'anno precedente in funzione della rilevazione di autosufficienza (calcolata in 18 kg x 1000 abitanti Min. della Salute e alla media regionale pari a 14,5 kg)</p>		<p>2024= 10,6 kg/1000 ab (+ 10% rispetto al 2023); 2025= 12,1 kg/1000 ab (+ 15% rispetto al 2024); 2026= 14,6 kg/1000 ab (+ 20% rispetto al 2025).</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della previsione di raccolta;</i> <i>• incremento > all'anno precedente, ma < a quello previsto l'obiettivo sarà valutato con 0,8 punti;</i> <i>• riduzione di conferimento di plasma rispetto all'anno precedente, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.</i>
--	--	--	---

	<p>Incremento della quantità consumata di emoderivati di natura plasmatica da conto lavorazione in relazione ad una congrua di diminuzione del consumo di farmaci plasma derivati acquistati dal commercio e con perfetta sostituibilità</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 100%(1 punto) = + 10% di utilizzo di farmaci plasma derivati in conto lavorazione e - 10% utilizzo farmaci dell'utilizzo di farmaci plasma derivati rispetto all'anno precedente; • 100% anche nel caso in cui, a parità di consumi complessivi di emoderivati plasma derivati rispetto all'anno precedente, non vi sia un incremento dei farmaci in conto lavorazione, ma si evidenzi, tramite atti ufficiali, la richiesta degli stessi al CRAE e la risposta di indisponibilità da parte dello stesso. Tale evenienza deve essere debitamente motivata la CRAE e per conoscenza al Centro Regionale Sangue. • incremento di farmaci plasma derivati in conto lavorazione <10%, a parità di consumi complessivi di emoderivati (0,8 punti); • NON Raggiunto: < utilizzo di farmaci plasma derivati in conto lavorazione rispetto all'anno precedente + > spesa in emoderivati plasmatici commerciali, senza evidenza di richiesta al CRAE.
--	---	--	---

	<p>Incremento della donazione del sangue cordonale:</p> <p>a) Incrementare la raccolta del sangue cordonale in assenza di criteri di esclusione;</p> <p>b) Implementare la trasfusione dei neonati prematuri nelle terapie intensive neonatali utilizzando il sangue cordonale.</p>		<p>+10% dei parti effettuati nel 2024; +20% nel 2025; +30% nel 2026; +20% dei neonati trasfusi per il 2024; +30% per il 2025; +40% per il 2026. 100% = se si raggiungono entrambi obiettivi a) e b); 50% = un solo obiettivo o a) o b); NON RAGGIUNTO se non viene raggiunto nessun obiettivo</p>
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	<p>Adozione e utilizzo Fascicolo Sanitario Elettronico: mira ad estendere e uniformare a livello regionale i contenuti dei documenti digitali sanitari e a facilitarne l'alimentazione e la consultazione da parte dei professionisti della sanità.</p>	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto proporzionalmente al miglioramento relativo prodotto tra il valore minimo di partenza corrispondente (90% al 31/12/2025; 90% al 31/12/2026) ed il 100%.</p>	<p>Numeratore n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere Denominatore: n° ricoveri Fattore di scala: (x 100)</p>
			<p>Numeratore n° di Verbali di Pronto Soccorso indicizzati Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso Fattore di scala: (x 100)</p>

			Numeratore n° di Referti di Laboratorio Indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate Fattore di scala: (x 100)
			Numeratore n° di Referti di Radiologia indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia Erogate Fattore di scala: (x 100)
			Numeratore n° di Referti di Specialistica Ambulatoriale indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate Fattore di scala: (x 100)
			Numeratore n° di Referti di Anatomia Patologica indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Anatomia Patologica indicizzati Fattore di scala: (x 100)

			Numeratore n° Cittadini Residenti con Certificato Vaccinale Indicizzati Denominatore: n° Cittadini Residenti (su base regionale) Fattore di scala: (x 100)
Incremento delle dimissioni protette per i pazienti di età superiore a 65 anni	Invio Proposta Dimissioni Protette al Distretto di pertinenza	=>90% dei pazienti target o diversa indicazione assessoriale	N° pazienti con dimissioni protette/ N° pazienti dimessi con età > a 65 anni
Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia	<p>Obiettivo 1: garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla CUC della regione Sicilia entro 10 giorni dalla trasmissione del decreto di aggiudicazione</p> <p>Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario</p>	<p>Migliorare la gestione del I ciclo di terapia</p>	<p>Procedure adottate dalle Aziende sanitarie7procedure aggiudicate CUC >0,95%</p> <p>N° prestazioni I ciclo/ N dimessi sia in DH che in regime ordinario >= 0,8</p>

	<p>Potenziamento della dispensazione in modalità “primo ciclo terapeutico” a non meno del 80% dei dimessi (esclusi alcuni reparti) alla data del 31.12.2026 con utilizzo della modulistica aziendale e costante monitoraggio della prescrizione “primo ciclo terapeutico” delle aree chirurgiche e aree mediche alla dimissione.</p>		<p>a) Dispensazione del 100% dei primi cicli di terapia che giungono in farmacia; b) Monitoraggio continuo ed evidenza di eventuali azioni necessarie all'implementazione del 1° ciclo di terapia</p>
--	---	--	---

ALTRI OBIETTIVI: - MONITORAGGIO DEI COSTI E RISPETTO TETTI DI SPESA - PNRR

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa.	Acquisto beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al codice dei contratti pubblici. (ob.a.3 delibera di Giunta Regionale 195/2024)	100%	Applicazione procedure Consip e Me.Pa ai sensi dell'art. 15, comma 13, lett. D) della Legge 7 agosto 2012 n.135 di conversione con modificazioni del decreto-legge 6 Luglio 2012 n. 95, per le categorie merceologiche ivi presentate quantitativamente coerenti allo specifico fabbisogno e comunque nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale.

	<p>Programmazione degli acquisti di beni e servizi:</p> <p>a) Elaborazione del Piano Triennale degli acquisti 2026-28;</p> <p>b) Programmazione investimenti indifferibili e urgenti non coperti da finanziamenti specifici da eseguire entro il 2026</p>		<p>a) Ricognizione del fabbisogno di beni strumentali sanitari e non delle UU.OO. Aziendali e proposta del Piano degli acquisti del Piano Triennale degli acquisti 2026-28;</p> <p>b) N° 1 atto di programmazione degli acquisti</p>
	<p>Approvvigionamento dei beni e servizi:</p> <p>Fase esecutiva del Piano degli acquisti secondo le priorità di approvvigionamento in condivisione con la direzione strategica aziendale</p>		<p>Elencazione analitica delle delibere di avvio delle relative procedure aziendali, nonché elencazione delle delibere e delle procedure di approvvigionamento di competenza della CUC e degli organi aggregatori</p>

	<p>Contenimento della spesa del personale dell'Azienda (ob.a.1-a.2 Delibera di Giunta Regionale 195/2024)</p> <p>a) Piano triennale fabbisogni del personale.</p> <p>b) Osservanza tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda ai sensi del comma 584 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014 n.190 che, modificando il comma 3 dell'art. 17 del D.L. 6 Luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni della Legge 15 Luglio 2011 n.11, ha esteso fino al 2023 le misure di cui ai commi 71 e 72 dell'art. 2 della legge n.191/09;</p> <p>c) Rispetto del programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato da redigere nel rispetto dell'art. 9 comma 28 del D.L. 31 Maggio 2010 n.78, convertito dalla legge 30 Luglio 2010 n.122, secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che, corredato da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato.</p>		<p>a) Piano triennale fabbisogni del personale</p> <p>b) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo del personale dipendente/non dipendente;</p> <p>c) Monitoraggio trimestrale e relazione esplicativa da cui si evinca l'andamento del quadro economico di riferimento per le diverse tipologie di costo di personale a Tempo Determinato</p>
--	--	--	--

	<p>Contenimento della spesa assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera (ob.a.4 Delibera di Giunta Regionale 195/2024)</p> <p>Costante monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici media/ab aziendali e distrettuali. Individuazione categorie terapeutiche responsabili dell'eventuale aumento di spesa</p>		Spesa pro capite
	<p>Puntuale liquidazione delle farmacie convenzionate</p>	Monitoraggio/contenimento spesa farmaceutica	Assenza Decreti Ingiuntivi

	<p>Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche rapportate ai valori medi nazionali in termini di consumi e di spesa (progetto SPERA) al fine di evidenziare eventuali picchi di consumi e/o spesa rispetto a quelli nazionali.</p>		<p>Report trimestrali trasmessi ai Distretti Sanitari di Base ed alla Direzione Strategica Aziendale</p>
	<p>Attivare monitoraggio della spesa farmaceutica “ospedaliera” (farmaci e dispositivi) ponendo eventuali azioni correttive ed eventualmente implementando il consumo dei generici con un costante monitoraggio tramite reporting trimestrale da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O. Programmazione e Controllo di Gestione.</p>		<p>Trasmissione report consumi e spesa farmaceutica ospedaliera (Farmaci e Dispositivi medici)</p>
	<p>Costante monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale e Distrettuale (strutture aziendali a gestione diretta), farmaci e Dispositivi medici tramite report trimestrali da trasmettere ai responsabili dei centri di costo nonché alla U.O.C. Controllo di Gestione.</p>		<p>Report consumi e Spesa Farmaceutica (farmaci e dispositivi medici) territoriale 2026</p>

	<p>Verifiche ispettive presso le guardie mediche turistiche. Tali verifiche sono finalizzate a valutare le giacenze, le condizioni di conservazione e le scadenze dei farmaci/dispositivi negli armadi di dotazione</p>		<p>n. Verifiche pari numero guardie mediche turistiche. Verbali</p>
<p>Attribuzione dei tetti di spesa per i dispositivi medici anni 2026-2028 DA n.401/2025.</p>	<p>Tetto di Spesa dispositivi medici per l'anno 2026 secondo direttive assessoriali</p>	<p>Contenimento della spesa dei consumi di dispositivi medici</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Assegnare gli obiettivi di budget ai direttori delle UU.OO. Aziendali. b. Predisporre specifiche direttive aziendali finalizzate al miglior rapporto costo beneficio per l'utilizzo dei dispositivi. c. Calendarizzazione di audit nei confronti dei medici delle UU.OO. d. Trasmissione della relazione trimestrale all'Assessorato della Salute. e. Monitoraggio degli andamenti trimestrali

<p>CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR) CON RIGUARDO ALLA MISSIONE 6- SALUTE DEL PNRR; (ob.B-C delibera di Giunta Regionale 195/2024)</p>	<p>a) Seguire il 100% delle azioni relative agli atti trasferiti dall'Unità Tecnica di supporto in forza al D.P.S. per il tramite del costituendo Ufficio aziendale dedicato.</p> <p>b) Collaborazione alla Unità tecnica di supporto per garantire il soddisfacimento del debito informativo nei confronti del ministero della Salute in qualità di amministrazione centrale titolare dell'intervento e dell' Ass. della Salute della Reg. Siciliana, in qualità di Sogg. Attuatore, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi per il tramite del costituendo ufficio aziendale dedicato.</p> <p>c)Attività di potenziamento della rete ospedaliera: Rispetto delle prescrizioni di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 416 del 26 ottobre 2023 e dell'art.2 del DL 19 maggio 2020, n.34, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L.17 luglio 2020 n.77</p>	<p>100%</p>	<p>a)100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S;</p> <p>b) 100% della collaborazione per il soddisfacimento del debito informativo</p> <p>c) 100% delle azioni in ragione alla completezza, coerenza e correttezza della documentazione trasferita dalla U.T.S./D.P.S</p>
--	--	-------------	---

ALTRI OBIETTIVI: CONTRIBUTO ALLA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE			
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
PUNTUALE E TEMPESTIVA TRASMISSIONE DEI DATI E DEI FLUSSI. COERENTE E COMPLETEZZA FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI SECONDO CIRCOLARE 217 DIP. PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASS. REGIONALE DELLA SALUTE. (ob.D. delibera di Giunta Regionale 195/2024)	La struttura responsabile della produzione e compilazione dei flussi di propria pertinenza deve garantire la qualità, la completezza e la puntualità dei dati nel rispetto della normativa vigente	100%	<p>Indicatore di coerenza del flusso - pari al 100% del valore richiesto per il flusso di competenza.</p> <p>Indicatore di qualità del flusso - pari al 100% del valore richiesto per il flusso di competenza.</p> <p>-100% N. Flussi informativi trasmessi in modo completo entro i tempi previsti / n. flussi da trasmettere.</p>

	<p>Dovrà essere garantita da parte delle UU.OO. Aziendali altresì la puntuale trasmissione del Piano della Performance 2025.</p>		<p>Entro 10 giorni dalla scadenza l'obiettivo si ritiene raggiunto al 100%; dall'11° giorno fino al 30° giorno l'obiettivo è raggiunto al 50%; dal 31° giorno l'obiettivo si ritiene non raggiunto.</p>
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE ANNO 2026	<p>L'Azienda dovrà raggiungere la piena aderenza ai criteri previsti dall'Assessorato Regionale della Salute rispetto alle procedure di accreditamento istituzionale.</p>	<p>100%</p>	<p>a. 100% delle azioni richieste per l'anno 2026 in ottemperanza alla nota assessoriale n.45653 del 13.10.2025</p> <p>b. Piena aderenza ai criteri dell'accreditamento istituzionale degli atti redatti dalle diverse articolazioni aziendali nel rispetto delle direttive aziendali sulle procedure da adottare.</p>

SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA'	Implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni P.A.C.- Verificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSR/Certificazione dei bilanci aziendali	Monitoraggio sull'applicazione delle procedure P.A.C. Certificazione	Conseguimento della certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.
IMPLEMENTAZIONE CONTABILITA' ANALITICA	Completa e puntuale alimentazione ed imputazione dei dati e dei campi presenti nei sistemi gestionali GPI	Alimentazione del 100% dei campi presenti in procedura	100% del risultato atteso
ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI SULLA TRASPARENZA ED IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE; (ob.E. delibera di Giunta Regionale 195/2024	a) Attività di aggiornamento mappatura dei procedimenti afferenti il Servizio art. 35 D.lgs. n.33/2013; b) Obblighi di pubblicazione; c) Obblighi di formazione generica e Formazione Specifica	Pieno rispetto degli obblighi in materia di corruzione e trasparenza	a) Individuazione ed elencazione dei processi organizzativi e delle attività produttive a rischio corruzione b) Adempimenti obblighi di pubblicazione per i procedimenti amministrativi di competenza del servizio rispetto alla tempistica modalità previste dalla normativa vigente c) Proposta di formazione del personale afferente alla struttura di riferimento per l'anno 2026

<p>Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di libera professione intramuraria (ob.F. delibera di Giunta Regionale 195/2024</p>	<p>a) Incremento dei volumi di attività relativo alle prestazioni specialistiche rese in regime istituzionale finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa raffrontato al volume di attività come rilevato da Flusso C dell'anno precedente dell'unità operativa. b) Raffronto con i volumi di attività che l'unità operativa può svolgere in regime di attività libero-professionale intramuraria considerato che tale volume non può superare quello reso in attività istituzionale.</p>	<p>a) Mantenimento/ incremento delle prestazione rese in regime istituzionale; b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI previsti dalla normativa vigente</p>	<p>a) MONITORAGGIO ANNUALE DEI RAPPORTE E DEI VOLUMI DI ATTIVITA' b) Osservanza e rispetto dei volumi di ALPI rapporto 1/1 ALPI</p>
<p>MIGLIORARE LA TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI: Rispetto dei tempi di pagamento secondo le previsioni della Legge 30 dicembre 2018 N°145, art.1, comma 865. (ob.G. delibera di Giunta Regionale 195/2024</p>	<p>Coordinamento della liquidazione e dei pagamenti tempestivi delle fatture nei termini di legge (60 gg)</p>	<p>100%</p>	<p>Accettazione delle fatture entro 15 giorni dalla ricezione = obiettivo raggiunto al 100% Liquidazione delle fatture entro 10 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 100% Liquidazione delle fatture entro 15 giorni dalla data di registrazione in contabilità delle fatture = obiettivo raggiunto al 75%</p>

			<p>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 25 giorni dall'accettazione = 100% obiettivo raggiunto</p> <p>Mandati di pagamento entro 10 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>Registrazione in contabilità generale delle fatture passive entro 30 giorni dall'accettazione = 75% obiettivo raggiunto</p> <p>Mandati di pagamento entro 15 giorni dalla data di liquidazione = obiettivo raggiunto al 75%</p>
	<p>Azioni di contenimento delle sopravvenienze passive</p>	<p>La sopravvenienza passiva rilevata nell'anno corrente (2026) e relativa all'anno precedente (2025) non potrà essere superiore al 10% dei budget gestiti nell'anno precedente</p>	<p>sopravvenienza passiva < al 10% rispetto all'anno precedente</p>

**OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG):
PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA**

SCHEDA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
P01C	Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per ciclo base: polio, differite, tetano, epatite B, pertosse, Hib;	Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie	>95%	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi). Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita
P02C	Copertura vaccinale nei bambini fino a 24 mesi per la 1^ dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie	>95%	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose. Denominatore: numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita

P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie	$\geq 95\%$	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per anti pneumococcica. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie	$\geq 95\%$	Numeratore: numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C. Denominatore: numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita.
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	Verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto. La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie	$\geq 95\%$	Numeratore: numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi Denominatore: numero di bambine della rispettiva coorte di nascita.

P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione, per ridurre la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché l'eccesso di mortalità	$\geq 75\% \text{ MINIMO}$ $\geq 95\% \text{ OTTIMALE}$	Numeratore: numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni vaccinati Denominatore: popolazione di ultrasessantacinquenni
P07Ca	Denunce d'infortunio sul lavoro	Monitorare la variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.	IN BASE ALLE DISTRIBUZIONE DEI DATI	Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro: Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati. Denominatore: numero lavoratori occupati. Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: Tasso anno in corso - Tasso anno precedente. Denominatore: Tasso anno precedente.
P07Cb	Denunce d'infortunio sul lavoro	Monitorare la variazione dell'indice di frequenza delle denunce di infortunio sul lavoro tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.	IN BASE ALLE DISTRIBUZIONE DEI DATI	Calcolo preliminare del tasso di frequenza per 1000 occupati delle denunce di infortunio sul lavoro: Numeratore: numero infortuni sul lavoro denunciati. Denominatore: numero lavoratori occupati. Calcolo della variazione percentuale rispetto all'anno precedente: Numeratore: Tasso anno in corso - Tasso anno precedente. Denominatore: Tasso anno precedente.
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici - controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	Valutazione complessiva del livello copertura di base delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente.	Il valore soglia viene determinato sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Misurare il livello di raggiungimento e realizzazione del volume di attività programmato di controlli, sugli obblighi delle imprese e di conformità dei prodotti, coadiuvato da attività di formazione del personale incaricato per le attività di controllo e informazione ai cittadini e ai lavoratori.
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Livello di copertura di base delle principali attività di eradicazione con valutazione complessiva del livello basile di attività garantito dal SSR, riguardante la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico.	Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte, pertanto il valore minimo di accettabilità dell'indicatore composito è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente.	$\% = (\% \text{ copertura BRC1} \times 0,2) + (\% \text{ copertura TBC2} \times 0,2) + (\% \text{ test BSE su bovini morti}3 \times 0,2) + (\% \text{ test TSE su ovini morti}4 \times 0,1) + (\% \text{ test TSE su caprini morti}5 \times 0,1) + (\% \text{ di campioni per la ricerca di salmonella negli animali}6 \times 0,2)$

P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	Valutazione complessiva del livello basilare di attività di controllo ufficiale garantito dal SSR, volto a prevenire, eliminare o ridurre 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 o vegetale.	<p>Il valore atteso deve essere del 100%</p> <p>Per ciascun addendo è stata fissata una soglia di inaccettabilità che comporta la decurtazione di 1 punto dal punteggio percentuale raggiunto per l'indicatore. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">• PNR: 90%• controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90%• controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90% <p>Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.</p>	% = (% di copertura del Piano Nazionali Residui X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari X 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari X 0,2)
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	Valutazione complessiva dei livelli di copertura di base delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti.	<p>Il valore minimo di accettabilità dell'indicatore composito è almeno il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.</p> <p>Sotto il 80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.</p>	% = (% controllo per benessere in allevamenti di vitelli1 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di suini2 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di ovaiole3 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di polli da carne4 x 0,2) + (% controllo per benessere in allevamenti di "altri bovini"5 x 0,1) + (% controlli per benessere negli impianti di macellazione6 x 0,1)
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti,	Le soglie dei singoli addendi sono previste dalle fonti normative sopradescritte,	% = (% di copertura del PNR1 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari2 x 0,4) + (% di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di

	<p>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.</p>	<p>volto a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.</p>	<p>pertanto il valore atteso è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: Scheda Indicatore P12Z 49 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari : 90%</p>	<p>additivi alimentari $3 \times 0,2$</p>
P13Z	<p>Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.</p>	<p>Livello di copertura di base delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti.</p>	<p>Sotto il 60% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.</p>	<p>% = (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di produzione degli alimenti $\times 0,2$) + (% di copertura dei campionamenti ufficiali nella fase di distribuzione degli alimenti $\times 0,2$) + (% di copertura del Piano nazionale per la ricerca di organismi geneticamente modificati negli alimenti $\times 0,1$) + (% di copertura del Piano nazionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti $\times 0,1$) + (% di controlli ufficiali mediante audit svolti in stabilimenti riconosciuti per la produzione di alimenti $\times 0,4$)</p>

P14C	Prevenzione e promozione di stili di vita salutari.	<p>Descrizione dei cambiamenti nel tempo in soggetti con particolari stili di vita responsabili di malattie croniche .</p> <p>I principali fattori di rischio modificabili sono fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica, alcol e sono associati a insorgenza di tumori, malattie cerebro, cardiovascolari e respiratorie, sovrappeso e obesità, aumento della pressione arteriosa e livelli elevati di colesterolo.</p>	Prevenzione e promozione di stili vita salutari	<p>Numeratore di soggetti che presentano un punteggio* >=2 / residenti di età compresa tra 18/69 anni * il punteggio è inteso come la somma dei punteggi relativi a 4 indicatori:</p> <p>A- INDICATORE FUMO: 0= mai fumato o ex fumatore; 1=fumatore moderato (< 20 sigarette); 2=fumatore forte (>= 20 sigarette)</p> <p>B- INDICATORE ECCESSO PONDERALE: 0 = Normopeso + sottopeso ($BMI < 25 \text{ kg/m}^2$; 1 = Sovrappeso ($BMI: [25.0-29.9] \text{ kg/m}^2$); 2 = Obeso ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$)</p> <p>C - INDICATORE_ALCOL: 0 = Astemio + consumo moderato; 1 = Consumo a rischio (consumo abituale eccedentario, binge drinking, fuori pasto)</p> <p>D - INDICATORE_SEDENTARIETA: 0 = Parzialmente attivi (attività fisica nel tempo libero + attività lavorativa o domestica pesante); 1 = Sedentari (nessuna attività nel tempo libero + nessuna attività lavorativa o domestica pesante)</p> <p><u>La fonte dati per l'indicatore in oggetto è la rilevazione PASSI.</u></p>
P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee.	<p>Numeratore: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per il cervicocarcinoma Denominatore: residenti eleggibili (25-64) / 3</p>

P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella.	Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, ha individuato un set di indicatori in attuazione. Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali, per ciascun programma (mammella, cervice uterina, colon retto) del Piano Nazionale Screening 2007-2009, i quali hanno l'obiettivo di descrivere le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening.	I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee	Numeratore: Persone in età target che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma della mammella Denominatore: residenti eleggibili (50-69) / 2
P15Ce	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Un Tavolo tecnico costituito dal Coordinamento delle Regioni, ha individuato un set di indicatori in attuazione. Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono il test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali.	I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee.	Numeratore: Persone in età target 4 che eseguono il test di screening di primo livello in un programma organizzato per carcinoma del colon retto Denominatore: residenti eleggibili (50-69) / 2
P16C	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento in proporzione ai cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.	≤25%	Numeratore: numero dei cancri in stadio II+ screen-detected Denominatore: numero totale dei cancri screen-detected *100 (include i tumori in situ)

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): AREA DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA				
SCHEDA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente da strutture pubbliche e private accreditate per regione di residenza per le discipline per acuti, riabilitazione e lungodegenza.	Descrivere la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti nei confronti delle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Nell'assistenza ospedaliera sono comprese tutte le prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che per loro natura o complessità di esecuzione richiedono un livello di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in regime ambulatoriale o domiciliare.	160/1000 abitanti (Legge n.135 del 7 agosto 2012)	Numeratore: numero dimissioni Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	Garantire l'efficacia e la sicurezza dell'intervento, il rapporto costo-beneficio e il mantenimento della competenza del team.	150 interventi annui (con 10% tolleranza)	Numeratore: N°di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia(ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x) Denominatore: N°di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital, con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM 174, 198.81, 233.0) ed intervento principale o secondario di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4.x). Fattore di scala: (x 100)
H03Z	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico	Misurare la quota di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella che necessitano di un re-intervento	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle	Numeratore: numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Denominatore: numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella.

	conservativo per tumore maligno della mammella	chirurgico successivamente al primo intervento di resezione, fornendo informazioni sulla mancata efficacia di quest'ultimo.	distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	
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	Valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.	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"/n° dimissioni non attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in degenza ordinaria per acuti con DRG non "inappropriato".
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Misurare la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata.	Minimo 70	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni. Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. Fattore di scala: (x100)
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	Misurare il volume di ricoveri diurni effettuati negli ospedali per acuti con finalità medico-diagnostiche e, come tali, a rischio di inappropriatezza perché erogabili in regime ambulatoriale.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.	Numeratore: numero di dimissioni diurne di tipo medico-diagnostico Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)

H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente	Misurare il volume di accessi di tipo medico in regime diurno effettuati negli ospedali per acuti e, come tali, a rischio di inappropriatezza perché erogabili in regime ambulatoriale.	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile	Numeratore: n. accessi diurni di tipo medico per le discipline per acuti Denominatore: popolazione residente Fattore di scala: (x 1.000)
H08Z	Attività trasfusionali (H08Za: autosufficienza emocomponenti driver-globuli rossi, GR; H08Zb: autosufficienza di emoderivati, immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina	Capacità di garantire i prodotti “drivers” (globuli rossi) e il plasma da destinare alla lavorazione industriale adeguata a garantire la produzione di farmaci plasma derivati rispondenti ai fabbisogni effettivi, che l’ottimizzazione dell’impiego della risorsa sangue, con riduzione del ricorso alla trasfusione allogenica e all’autotrasfusione, come misure del grado di implementazione di programmi di Patient Blood Management (PBM) e gestione scorte di emocomponenti.	H08Za: Valore minimo - valore massimo: -3% – +3% Valori definiti nel “Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti” per l’anno di valutazione. H08Zb: Valore minimo - valore massimo: -5% – illimitato Valori definiti nel “Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti” per l’anno di valutazione.	H08Za: Numeratore: N° unità GR prodotte Denominatore: N° Unità GR programmate Fattore di scala: (x100) H08Zb: Variazione % tra Kg plasma destinato alla lavorazione industriale prodotti nell’anno e Kg plasma programmati.

H09Z	<p>Donazione di organi (H09Za: donatori di organi in morte encefalica; H09Zb: accertamenti di morte con criteri neurologici; H09Zc: morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione</p>	<p>Capacità organizzativa delle strutture ospedaliere di assicurare il processo di donazione di organi, quali prerequisiti per l'esecuzione dei trapianti di organi.</p>	<p>H09Za: Il valore di riferimento in Italia è la media dei valori nazionali degli ultimi 5 anni antecedenti l'anno di rilevamento (media mobile). Per ogni regione con un volume di attività al di sotto del valore di riferimento nazionale è consentito un valore inferiore purché abbia registrato un incremento della propria attività di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.</p> <p>H09Za: Numeratore: N° di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l'episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall'episodio chirurgico (data dell'intervento chirurgico principale). Se la data dell'episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data di ricovero (per il primo episodio chirurgico). Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più</p>

		<p>H09Zb: Il valore di riferimento in Italia è la media dei valori nazionali degli ultimi 5 anni antecedenti l'anno di rilevamento (media mobile). Per ogni regione con un volume di attività al di sotto del valore di riferimento nazionale è consentito un valore inferiore purché abbia registrato un incremento della propria attività di almeno il 10% rispetto all'anno precedente.</p>	<p>H09Zb: Numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici / popolazione residente nella regione o nell'area considerata nell'anno di riferimento</p>
		<p>H09Zc: valore soglia è fissato al 30%.</p>	<p>H09Zc: Numeratore: Numero degli accertamenti di morte con criteri neurologici Denominatore: Soggetti deceduti entro 15 giorni dal ricovero in ospedale con lesione cerebrale acuta in rianimazione (codice 49) (indicatore PROC 2 in utilizzo dal 2007 in Italia)</p>

			H10Za: Il valore dell'indicatore non deve essere inferiore al 20 % del dato medio nazionale degli ultimi 5 anni precedenti alla rilevazione.	H10Za: Numeratore = numero di pazienti in lista di attesa al 31 dicembre di ogni anno distinti per tipologia di organo Denominatore = numero di abitanti per regione espresso in milione di abitanti
H10Z	Tempi di attesa per trapianto (H10Za: numero pazienti in lista di attesa per trapianto; H10Zb: tempo medio di attesa di trapianto per organo; H10Zc: numero dei pazienti trapiantati per singolo organo	Capacità del sistema di individuare e gestire le insufficienze di organo, di garantire l'accesso al trapianto nei pazienti idonei e di soddisfare la domanda.	H10Zb: Il valore dell'indicatore deve essere non superiore al dato medio nazionale degli ultimi 5 anni precedenti all'anno di rilevazione, incrementato del 15%.	H10Zb: Numeratore: somma del tempo di attesa di ogni paziente iscritto in lista al 31 dicembre di ogni anno. Denominatore: numero di pazienti iscritti in lista di attesa al 31 dicembre di ogni anno.
			H10Zc: Il valore dell'indicatore non deve essere inferiore, con una tolleranza del 10%, al numero medio dei trapianti per organo e per milione di popolazione effettuati in Italia stabilito dal Centro Nazionale Trapianti in base ai dati risultanti dalla	H10Zc: Numeratore: numero di trapianti eseguiti per organo nell'anno della rilevazione. Denominatore: numero di abitanti espresso per milione di popolazione.

			rilevazione del sistema nazionale della qualità dei trapianti nei cinque anni precedenti alla rilevazione	
H11Z	Donazione di tessuti (H11Za: numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici; H11Zb: numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale	Monitorare la capacità organizzativa del sistema rispetto alla donazione di tessuti.	<p>H11Za: Il calcolo va effettuato per singola tipologia di tessuto e per ogni Regione. Indicatore descrittivo. Il monitoraggio di tale indicatore a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale</p> <p>H11Zb: Indicatore descrittivo il cui monitoraggio a livello nazionale e regionale permette un preciso confronto storico e puntuale. Il dato è poi confrontabile con quello degli altri paesi</p>	<p>H11Za: Numeratore: Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto per Regione Denominatore: Numero di accertamenti di morte per Regione.</p> <p>H11Zb: Numeratore: Numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto per Regione Denominatore: Numero di decessi per Regione.</p>

			europei. I dati internazionali sono riportati annualmente nella Newsletter Transplant. Per il 2014, 8.926 donazioni di cornea in Italia corrispondono a un pmp di 147,1, tra i più alti in Europa	
H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	Misurare la quota di pazienti sottoposti a nuovo ricovero a breve distanza, con la medesima categoria diagnostica di una precedente ospedalizzazione e, come tale, in grado di esprimere la mancata efficacia di quest'ultima.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: N. ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC Denominatore: N. ricoveri Fattore di scala: (x 100)
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore	Minimo 60% (Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015)	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 giorni). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Fattore di scala: (x 100)

H14C	Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico	Misurare la quota di ricoveri in riabilitazione che non soddisfano i criteri di “correlazione clinica” con gli eventuali eventi acuti che li precedono oppure non rispondenti a criteri di “congruenza diagnostica”, così come definiti dall’emanando DM.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell’anno di riferimento	Numeratore: Numero di ricoveri di riabilitazione post-acuzie ad alto rischio di inappropriatezza clinica secondo i criteri definiti nello Schema di Decreto (emanando decreto). Denominatore: Totale dei ricoveri di riabilitazione post-acuzie.
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT postchirurgiche	Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l’assistenza.	100%	Numeratore: di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per trombosi delle vene profonde o per embolia polmonare presente in un campo di diagnosi secondaria e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall’episodio chirurgico (data dell’intervento chirurgico principale). Se la data dell’episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data del ricovero (per il primo episodio chirurgico). Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più. Fattore di scala: (x 100.000)
H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche	Promozione di pratiche assistenziali efficaci volte a ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi durante l’assistenza.	100%	Numeratore: N° di dimissioni chirurgiche con codice ICD-9-CM per sepsi presente in un campo di diagnosi secondaria durante l’episodio chirurgico e in un qualsiasi campo di diagnosi durante una riammissione entro 30 giorni dall’episodio chirurgico (data dell’intervento chirurgico principale). Se la data dell’episodio chirurgico non è disponibile, entro 30 giorni dalla data di ricovero (per il primo episodio chirurgico). Denominatore: tutte le dimissioni chirurgiche di pazienti di età 15 anni e più
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	Misurare la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatezza	Il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito: massimo il 15%	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100)

H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	Misurare la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatezza	I Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito: massimo il 25%	Numeratore: numero di parti cesarei primari Denominatore: numero parti con nessun pregresso cesareo Fattore di scala: (x 100)
H19S	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	Misurare la quota di parti fortemente pre-termine che avvengono presso strutture prive di posti letto di terapia intensiva neonatale.	100%	Numeratore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale. Denominatore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita.
H20S	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)	Evitare l'uso eccessivo di induzioni di travaglio farmacologico e non.	100%	Numeratore: numero di parti in età gestazionale compresa tra le 34 e 36 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) di I e II livello Denominatore: numero di parti totali avvenuti in punti nascita di I e II livello
H21S	Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura	Valutare il livello di adesione delle Regioni all'Accordo del 16 dicembre 2010 che prescrive la chiusura dei punti nascita sub-standard qualora non sia stata espressamente richiesta una deroga	Uguale a 0	Numero di punti nascita pubblici e privati accreditati in cui sono stati effettuati meno di 500 parti per i quali non è mai stata chiesta deroga alla chiusura nell'anno di riferimento. I punti nascita per i quali è stata richiesta deroga e ai quali è stato espresso parere negativo dal Comitato Percorso nascita nazionale, sono esclusi dal conteggio

H22C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aortocoronarico (BPAC)	Misura la qualità dell'attività delle strutture di cardiochirurgia.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento. Si definisce isolato il BPAC non associato ad interventi sulle valvole cardiache o ad endoarteriectomia. Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	Misurare l'appropriatezza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico per l'ictus ischemico, che inizia con il ricovero ospedaliero.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico
H24C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata	Misurare l'appropriatezza ed l'efficacia del processo assistenziale per BPCO riacutizzata, che inizia con l'arrivo del paziente alla struttura ospedaliera	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: numero di ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero. Denominatore: numero di ricoveri indice.

**OBIETTIVI PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG):
ASSISTENZA DISTRETTUALE**

SCHEDA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
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).	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero ospedaliero per un episodio di IMA.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di 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). Denominatore: Numero di episodi di IMA in pazienti sopravvissuti dopo 30 giorni dal ricovero indice.
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	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: Numero di 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). Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico sopravvissuti a 30 giorni dal ricovero indice
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (\geq 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare le patologie croniche: complicanze a breve termine del diabete, complicanze a lungo termine tardive del diabete, scompenso cardiaco e BPCO.	Soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG	I riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento Incremento di almeno il 10% delle ore di specialistica rispetto all'anno precedente
D04C	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica	Ridurre la frequenza del ricovero ordinario per affrontare l'asma pediatrico e la gastroenterite pediatrica	Soglie di ricovero secondo indicatori regionali e nazionali da NSG	Incontri di sensibilizzazione e verifica sulle attività procedurali poste in essere dai pediatri

D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente adulta della Regione	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti residenti Denominatore: Popolazione residente adulta
D06C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni).	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di minori residenti della Regione rispetto alla popolazione residente minore della Regione.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori residenti Denominatore: Popolazione residente adulta Fattore di scala: (x 1.000)
D07Ca	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestive festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di adulti residenti della Regione rispetto alla popolazione residente adulta della Regione.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti residenti Denominatore: popolazione residente adulta
D07Cb	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato b (per 1.000 ab. minori 0-14 anni)	L'indicatore segnala l'inappropriatezza dell'utilizzo del Pronto Soccorso ed esprime il rapporto tra il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice bianco/verde di minori residenti della Regione rispetto alla popolazione residente minore della Regione.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di accessi in PS con codice bianco o verde nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori residenti Denominatore: popolazione residente adulta.

D08C	Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno	Il numero di interventi per patologie FHQ effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie FHQ, per queste patologie, il sistema di emergenza gioca un ruolo fondamentale, in quanto fornisce assistenza idonea e tempestiva sul posto, avviando un appropriato trattamento nel contesto pre-ospedaliero, e assicura un rapido accesso ad un idoneo centro per le cure definitive.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Somma degli interventi effettuati con mezzo di soccorso avanzato (ALS) per patologie FHQ Denominatore: Somma degli interventi effettuati per le patologie FHQ
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	L'indicatore valuta la performance del sistema "118" ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata.	3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto.	L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	L'indicatore misura la capacità di erogare le prestazioni entro il tempo massimo previsto dalla classe di priorità B ($\leq 10gg$).	La soglia non deve essere inferiore al 60% e deve tendere ad un valore superiore al 90%	Numeratore: Somma delle prestazioni di classe B erogate entro i tempi massimi previsti Denominatore: totale prestazioni classe B
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di prestazioni di classe D	L'indicatore calcola la Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.	La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%	Numeratore: Somma delle prestazioni di classe D erogate entro i tempi massimi previsti Denominatore: totale prestazioni classe D
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio	Rapporto tra numero di prestazioni di laboratorio consumate dalla popolazione residente e popolazione residente della ASL/Regione. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di prestazioni di laboratorio consumate dalla popolazione residente Denominatore: Popolazione residente

D13C	Consumo di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni per 1000 abitanti	Rapporto tra numero di prestazioni di RM osteoarticolari consumate dalla popolazione anziana residente e popolazione anziana residente della ASL/Regione per 1000 abitanti. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di prestazioni di RM osteoarticolari consumate dalla popolazione residente ≥ 65 aa Denominatore: Popolazione residente ≥ 65
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente Denominazione: Popolazione residente
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sesso
D16C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: popolazione residente per fascia di età/sesso

D17C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sesso
D18C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) e popolazione residente della ASL/Regione per fasce di età. L'indicatore valuta il consumo pro-capite di alcuni farmaci considerati sentinella/traccianti dal punto di vista della appropriatezza di consumo.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente per fascia di età/sesso Denominatore: Popolazione residente per fascia di età/sesso
D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza	Rapporto tra il numero di parti di donne residenti per le quali durante la gravidanza risulta effettuato un numero di ecografie > 4 e numero di parti totali di donne residenti nell'anno di riferimento. L'indicatore consente di misurare l'eccessivo ricorso alle ecografie in gravidanza (effettuate sia privatamente che non privatamente).	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria di parti di donne residenti in cui durante la gravidanza sono state effettuate più di quattro ecografie Denominatore: Sommatoria di parti

D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti adulti con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) di base. Numero di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base * 1.000 abitanti.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di pazienti residenti adulti con CIA base Denominatore: Popolazione adulta residente
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente	L'indicatore fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare pediatrica con CIA base. Numero pazienti minori residenti seguiti a domicilio con CIA base * 1.000 abitanti minori.	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Numero di pazienti residenti minori con CIA base Denominatore: Popolazione minore residente
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	L'indicatore fornisce informazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Combinazione dei seguenti tassi: <ul style="list-style-type: none"> • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 1 Denominatore: Popolazione residente. • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 2 Denominatore: Popolazione residente. • Numeratore: Totale pazienti assistiti in cure domiciliari con intensità assistenziale CIA 3 Denominatore: Popolazione residente

D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	L'indicatore fornisce informazioni sulla offerta delle cure domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Combinazione dei seguenti tassi: • Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 1 Denominatore: Popolazione residente. • Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 2 Denominatore: Popolazione residente. • Numeratore: Totale prese in carico domiciliari integrate CIA 3 Denominatore: Popolazione residente
D24C	Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG, per residenza della donna (distinta in "Italia" ed "Estero")	L'indicatore fornisce indicazioni sull'efficacia degli interventi di presa in carico/formazione delle donne che hanno già effettuato almeno un'interruzione volontaria della gravidanza	Il valore deve tendere a 0. Nell'ultima "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017", presentata dal Ministro della Salute al Parlamento il 18 gennaio 2019, si rileva un valore percentuale nazionale di IVG ripetute pari a 25,76%, dove il 18,3% è rappresentato da seconde IVG, il 5,1% sono terze IVG, l'1,4% sono quarte IVG e lo 0,9% sono cinque o più IVG	Sommatoria delle IVG effettuate nell'anno di riferimento che nel modello ISTAT D12 (campo 8) hanno IVG>0 / totale IVG effettuate nell'anno di riferimento

D25C	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare per residenza della donna (distinta in “Italia” ed “Estero”)	L'indicatore fornisce il numero di IVG effettuate che hanno la certificazione rilasciata dal Consultorio familiare sul totale delle IVG effettuate	Nell'ultima “Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017”, presentata dal Ministro della Salute al Parlamento il 18 gennaio 2019, si rileva un valore nazionale di IVG con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare di circa il 44%	Numeratore: Sommatoria delle IVG con certificazione rilasciata dal consultorio familiare pubblico nell'anno di riferimento. Denominatore: Totale delle IVG nell'anno di riferimento, depurato dalle IVG che non necessitano di certificazione in quanto valutate urgenti.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	L'indicatore rappresenta la sommatoria dei ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età > 18 aa) / popolazione residente (età > 18 aa)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti residenti (età > 18 aa) Denominatore: Popolazione residente (età > 18 aa)
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	L'indicatore rappresenta la percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria / totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: N. ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni in psichiatria Denominatore: Totale ricoveri per patologie psichiatriche dell'anno di riferimento

D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	L'indicatore rappresenta la percentuale dei ricoveri effettuati in TSO (età > 18 aa) / popolazione residente (età > 18 aa)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria ricoveri per patologie psichiatriche in TSO Denominatore: Popolazione residente dell'anno di riferimento
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	L'indicatore rappresenta la sommatoria dei ricoveri di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici di pazienti residenti (età < 18 aa) su 100.000 residenti (età < 18 aa)	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Sommatoria dei ricoveri di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici di pazienti residenti (età < 18 aa)
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	L'indicatore rappresenta il numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore	Valore > 35%	Numeratore: \sum Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso (Motivo conclusione valorizzato con 6) e per i quali la Patologia responsabile sia valorizzata con ICD-9-CM compreso tra 140-208 + \sum Assistiti in cure palliative domiciliari con assistenza conclusa per decesso (Motivo conclusione valorizzato con 3) 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

D31C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	L'indicatore esprime la variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	Valore > 2,5%	Numeratore: \sum N° giornate di accesso nell'anno di riferimento Denominatore: Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	L'indicatore rappresenta il numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	Valore < 25%	Numeratore: \sum Ricoveri oncologici (Data di dimissione - Data di ricovero) + 1 \leq 7 nel periodo di riferimento Denominatore: \sum Ricoveri oncologici
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	L'indicatore fornisce informazioni circa il numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Totale assistiti di età >75 aa nelle strutture residenziali (R1, R2, R3) Denominatori: popolazione residente di età >75 aa

D33Zb	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	L'indicatore fornisce informazioni circa il numero di assistiti residenti di età >75 aa presenti nelle strutture semiresidenziali (SR1 e SR2) ogni 1.000 abitanti	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento.	Numeratore: Totale assistiti nelle strutture (SR1, SR2) >75 aa Denominatore: Popolazione residente >75
-------	--	---	--	--

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): STIMA DEL BISOGNO SANITARIO				
SCHEDA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
CO01	Buona salute percepita	Stimare il burden of disease e i bisogni di salute della popolazione.	ND	Numeratore: persone di 15-74 anni che hanno dichiarato di stare bene o molto bene alla domanda "Come va in generale la sua salute?". Le modalità di risposta sono standardizzate nei paesi dell'Unione europea e in italiano sono: Molto bene/Bene/Né bene, né male/Male/ Molto male. Denominatore: popolazione di 15-74 anni. Fattore di scala: (x 100)

CO02	Sovrappeso ed obesità nei bambini	<p>Monitorare l'eccesso ponderale in età pediatrica in quanto associato ad un rischio maggiore di morte prematura e disabilità in età adulta, oltre ad una maggiore probabilità di sviluppare patologie croniche non trasmissibili (CO02a=sovrapeso; CO02b=obesità).</p>	<p>Valori soglia dell'International Obesity Task Force (Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94).</p>	<p>FORMULA PER IL CALCOLO DELLA PREVALENZA DI SOVRAPPESO CO02a: Numeratore: bambini di 8-9 anni misurati e risultati in sovrappeso (non inclusi obesi) Denominatore: popolazione scolastica partecipante a OKKIO alla SALUTE di 8-9 anni Fattore di scala: (x 100)</p> <p>CO02a: Numeratore: bambini di 8-9 anni misurati e risultati obesi Denominatore: popolazione scolastica partecipante a OKKIO alla SALUTE di 8-9 anni Fattore di scala: (x 100)</p>
CO03	Fragilità nell'anziano (65 anni o più)	<p>Misurare il livello di autonomia della persona nello svolgimento delle attività strumentali e/o fondamentali della vita quotidiana: il valore informativo dell'indicatore è legato alle necessità assistenziali che si accompagnano alla perdita di autonomia della popolazione anziana.</p>	<p>Una review Collard e Coll 2012 riporta una stima ponderata di prevalenza di anziani fragili intorno al 10% sebbene il range di variazione sia molto ampio fra i diversi studi (4%-59%). Dai dati Passi d'Argento ultimi disponibili 2017-2018, si stima una quota di anziani fragili pari al 18% degli ultra65enni (con 65 anni o più) residenti in Italia intervistati.</p>	<p>Numeratore: persone non autonome in 2 o più IADL, ma con completa autonomia nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana – ADL. Denominatore: intervistati che hanno risposto a tutte le domande sulla scala IADL e ADL Fattore di scala: (x 100)</p>

CO04	Indice di cronicità	Indice sintetico basato sulla presenza di malattie croniche autoriferite.	ND	L'indicatore a livello individuale (i) è stato calcolato sommando, per ogni patologia cronica presente nel questionario (J), i pesi stimati (U_j) e poi relativizzandolo, cioè rapportando il valore stimato al massimo osservato tra tutti gli individui e moltiplicato per 100. La p_{ij} vale 1 in caso di presenza della patologia J nell'individuo i, altrimenti vale 0. $ICri = (\sum_j p_{ij} \times U_j) / \max_i \{\sum_j p_{ij} \times U_j\} \times 100.$
------	---------------------	---	----	--

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG): CONTESTO ED EQUITA'				
SCHEDA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatezza organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche	Misurare la quota di popolazione che riporta difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento a gruppi con posizione socioeconomica sfavorevole.	ND	Rapporto percentuale tra popolazione che dichiara di aver rinunciato negli ultimi 12 mesi ad almeno una prestazione sanitaria (visite o accertamenti specialistici) per motivi economici o legati all'offerta (tempi d'attesa o difficoltà a raggiungere la struttura) e popolazione residente al netto dei membri residenti nelle convivenze. Fattore di scala: (x 100)

OBIETTIVI CORE PREVISTI DAL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG)): PDTA				
SCHEDA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	OBIETTIVO OPERATIVO	VALORE ATTESO	INDICATORI PER IL TRIENNIO 2026-2027-2028
PDTA 01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostrettive BPCO)	Misurare l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute (pubblicato su www.salute.gov.it). La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della principale cura farmacologica della BPCO. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	Numeratore: numero di pazienti con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione $\geq 75\%$ Denominatore: numerosità della coorte con esacerbazione "prevalente"
PDTA 02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico- ostruttive BPCO)	Misurare l'adeguatezza della tempistica delle visite pneumologiche nei pazienti con diagnosi di BPCO individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. Il numero di visite pneumologiche consente di valutare la presa in carico del paziente con BPCO. L'adeguatezza del numero di visite pneumologiche si associa a una riduzione del rischio di ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	Numeratore: numero di pazienti con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 1 Denominatore: numerosità della coorte con esacerbazione "prevalente"

PDTA 03	<p>PDTA03(A): Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute</p> <p>PDTA03(B): Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti come previsto dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute</p>	<p>Misurare l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.</p>	<p>Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia</p>	<p>Numeratore PDTA-03(A): numero di pazienti con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una Proportion of Days Covered (PDC) $\geq 75\%$</p> <p>Denominatore PDTA-03(A): numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice</p> <p>Numeratore PDTA-03(B): numero di pazienti con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una PDC $\geq 75\%$</p> <p>Denominatore PDTA-03(B): numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice</p>
PDTA 04	<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)</p>	<p>Valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.</p>	<p>Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia</p>	<p>Numeratore PDTA-04: numero di pazienti con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 1</p> <p>Denominatore PDTA-04: numerosità della coorte prevalente</p>

PDTA 05	<p>PDTA05: Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle 5 seguenti raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare [come previste dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute]:</p> <p>PDTA 05.1: Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi</p> <p>PDTA 05.2: Percentuale di pazienti diabetici con controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi</p> <p>PDTA 05.3: Percentuale di pazienti diabetici con controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi</p> <p>PDTA 05.4: Percentuale di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi</p> <p>PDTA 05.5: Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi</p>	<p>Misurare complessivamente l'aderenza alle raccomandazioni di controllo, definite in base alle evidenze scientifiche disponibili, nei pazienti diabetici individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. L'aderenza alle raccomandazioni è associata alla riduzione della probabilità di esiti sfavorevoli (ricovero per complicanze a breve termine o per diabete non controllato o per complicanze a lungo termine o per amputazione non traumatica degli arti inferiori).</p>	<p>Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia</p>	<p>Numeratore PDTA-05.1: numero di pazienti con un tasso di controlli dell'emoglobina glicata nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 2</p> <p>Numeratore PDTA-05.2: numero di pazienti con un tasso di controlli del profilo lipidico nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1</p> <p>Numeratore PDTA-05.3: numero di pazienti con un tasso di controlli della microalbuminuria nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1</p> <p>Numeratore PDTA-05.4: numero di pazienti con un tasso di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1</p> <p>Numeratore PDTA-05.5: numero di pazienti con un tasso di controlli dell'occhio nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente ≥ 1</p> <p>Numeratore PDTA-05: numero di pazienti aderenti ad almeno 4 delle 5 raccomandazioni nei 12 mesi successivi alla data di inclusione nella coorte prevalente</p> <p>Denominatore PDTA-05, PDTA-05.1, PDTA-05.2, PDTA-05.3, PDTA-05.4, PDTA-05.5: numerosità della coorte prevalente</p>
----------------	---	--	---	--

PDTA 06	<p>PDTA06: Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal Manuale operativo PDTA del Ministero della Salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico:</p> <p>PDTA06.1: Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi</p> <p>PDTA06.2: Tempestività dell'inizio della terapia medica</p> <p>PDTA06.3: Radioterapia complementare</p> <p>PDTA06.4: Follow-up mammografico</p>	<p>Descrivere la proporzione di pazienti operate per tumore alla mammella, individuate secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per le quali complessivamente gli interventi terapeutici sono eseguiti secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento sia chirurgico che medico riduce la probabilità di re- intervento per tumore alla mammella e aumenta la probabilità di sopravvivenza.</p>	<p>Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia</p>	<p>Per l'indicatore PDTA-06.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione e non sottoposte a terapia neo-adiuvante nei 6 mesi precedenti l'intervento, con una mammografia nei 60 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente e non sottoposte a terapia neo-adiuvante e con una mammografia nei 6 mesi precedenti l'intervento chirurgico. <p>Per l'indicatore PDTA-06.2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numeratore: numero di pazienti con le caratteristiche definite al denominatore (v. sotto), che iniziano una terapia medica entro 45 giorni dalla data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vive alla dimissione dal ricovero indice e prive dei criteri di esclusione specifici. <p>Per l'indicatore PDTA-06.3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numeratore: numero di pazienti con le caratteristiche definite al denominatore (v. sotto) che iniziano una radioterapia entro 365 giorni dalla data dell'intervento chirurgico conservativo effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti con tumore infiltrante della mammella e sottoposte a chirurgia conservativa, vive alla dimissione dal ricovero indice sottoposte a terapia medica adiuvante nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento durante il ricovero indice. <p>Per l'indicatore PDTA-06.4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vive alla dimissione dal ricovero indice, che effettuano una mammografia entro i 18 mesi dalla data
---------	---	---	---	---

				dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vive alla dimissione dal ricovero indice.
PDTA 07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, per i quali l'intervento chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di intervento chirurgico riduce la probabilità di re-intervento per tumore del colon e aumenta la probabilità di sopravvivenza.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	PDTA-07: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione e non sottoposti a terapia neo-adiuvante nei 6 mesi precedenti l'intervento e con un esame diagnostico eseguito nei 60 giorni precedenti la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente non sottoposti a terapia neo-adiuvante nei 6 mesi precedenti l'intervento e con esame diagnostico nei 6 mesi precedenti il ricovero indice
PDTA 08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del colon, individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute, che sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	PDTA-08: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice, che effettuano un esame endoscopico nei 18 mesi successivi alla data dell'intervento chirurgico eseguito durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione dal ricovero indice.

PDTA 09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA, per i quali il trattamento medico o chirurgico è stato eseguito secondo la tempistica definita in base alle evidenze scientifiche disponibili. La tempestività di trattamento medico o chirurgico riduce la probabilità di re-intervento per tumore del retto e aumenta la probabilità di sopravvivenza.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	PDTA-09: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione, con un esame diagnostico eseguito nei 60 giorni precedenti la data del primo trattamento medico (chemioterapico o radioterapico) o chirurgico eseguito nel periodo di inclusione; il primo trattamento medico è identificato come la prima prestazione eseguita nei 6 mesi precedenti la data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente nell'anno di inclusione sottoposti a esame diagnostico nei 6 mesi precedenti la data del primo trattamento.
PDTA 10	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	Descrivere la proporzione di pazienti operati per tumore del retto, individuati secondo il manuale PDTA, che sono sottoposti a un follow-up attivo, finalizzato alla identificazione precoce di recidive di malattia. Un follow-up adeguato è associato alla riduzione del rischio di morte.	Disponibile a seguito della pubblicazione da parte del Ministero della metodologia	PDTA-10: • numeratore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice, che effettuano un esame endoscopico entro 18 mesi dalla data dell'intervento chirurgico effettuato durante il ricovero indice • denominatore: numero di pazienti appartenenti alla coorte incidente, vivi alla dimissione del ricovero indice.

Il Responsabile della STP
Dr. Alfonso Scichilone

Il Direttore della UOC Controllo di Gestione
Dr. Filadelfio Adriano Cracò