Obiettivi 2023 AREUS

Peso			Obiettiv	o tempi di pagamento	dei debiti commerciali	
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
30	30	PDC1	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

Peso						Obiettivi Stra	tegici			
	Peso Livello				Livello		essenziali di assistenza e della d	ıualità		
		Peso Area					iglioramento dell'Appropriatezza e dell			
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
			10	LEA1	Redazione del capitolato di gara per il servizio di trasporto di Emergenza- Urgenza	Delibera di approvazione del documento	1	Corte di giustizia dell'Unione Europea Ottava Sezione Sentenza 7 luglio 2022		
		30	10	LEA2	Piano tariffario del trasporto di Emergenza-Urgenza	Delibera di approvazione dell piano tariffario del trasporto di emergenza urgenza	1			
	40	3	10	LEA3	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.2/2 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi 118 (File I) e TAE (File G) dell'intero anno 2024. L'obietivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori.		
		Peso Area				Area della d	ella Qualità e Governo clinico			
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
70		10	5	QGC1	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	>= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)		
		5			5	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: centrali operative, postazioni di soccorso e elisoccorso; L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori;
	Peso Livello					Livello della sostenib	ilità economica e finanziaria			
		Peso Area				Area della razionali	zzazione e contenimento della spesa			
		15	Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
		7	15	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi			
		Peso					tione amministrativo-contabile			
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
	30	15				1.Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli		
		-	15 AMC1	alla Regione dei documenti di programmazione	2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini				

Peso			Obiettivo	tempi di pagamento dei debiti commerciali		
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
30	30	PDC1	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

Peso	Dana Liverille				15	Obiettivi Strategici	a della muelità			
_	Peso Livello	So Livello Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità Peso Area Peso Area Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR								
		resu Alea	Peso	Cod. Objettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
			7	LEA1	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥ 25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi		
			7	LEA2	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	DGR in corso di approvazione		
		30	7	LEA3	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17,11,2023		
	50		7	LEA4	Abbattimento tempi di attesa mediante: 1. Inclusione dei centri di secondo livello ubicati presso l'ARNAS Brotzu nei percorsi di screening oncologico organizzato 2. Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	1. Evidenza delle prestazioni di 2° livello erogate nel 2024 in base alla rinegoziazione della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato con la ASL n. 8 di Cagliari nel 2023 in conformità agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019 2. Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	1. incremento delle prestazioni di 2° livello per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato nel 2023 con ASL n. 8 di Cagliari); 2. 70%	1. L'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL di Cagliari) mediante la mobilitazione delle risorse specialistiche afferenti al 2° livello delle Aziende Ospedaliere e al miglioramento della qualità de Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2020-2025 PL 13). 2. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.		
70			2	LEA5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.4/4 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) dell'intero anno 2024. L'obiettiv si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori		

	Peso Area				Area della della Qualità e Governo clinic	co	
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		2,5	QGC1	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) I'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
		2,5	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
	20	2,5	QGC3	Applicazione del Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs)	Compilazione scheda di rilevazione e invio dati	>= 90% degli interventi	L'obiettivo si considera raggiunto con la compilazione della scheda di rilevazione dati e successivo invio sul sistema dedicato per almeno il 90% degli interventi delle tipologie incluse nel Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs),
		10	QGC4	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto ne Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, par a 9.610 sul territorio regionale)
		2,5	QGC5	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione	Redazione e trasmissione alla DG della Sanità di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
Peso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanzia	nria	
	Peso Area				Area della razionalizzazione e contenimento de		
	_	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	10	10	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	
20	Peso			<u>, </u>	Area della gestione amministrativo-conta		
		Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	10	10	AMC1	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione	1.Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. Aggiornemente del bilancia connemica provisionale entre i	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a
				dei documenti di programmazione	Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini	tutti gli indicatori

I	Peso			Obi	ettivo tempi di pagamento dei del	oiti commerciali	
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
							a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni
							oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale
							residuo;
	30			Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai			b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno
		30	PDC1	tempi di pagamento dei debiti commerciali, come	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	e sessanta giorni;
				disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018			c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra
							undici e trenta giorni;
							d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra
							uno e dieci giorni.

Peso						Obiettivi Strategici		
	Peso Livello					ello dell'erogazione dei Livelli essenzi		4-1000
		Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo		e <mark>a del mantenimento dei LEA, del migliorame</mark> Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			7	LEA1	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo		≥ 25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 20 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi
			7	LEA2	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
		30	7	LEA3	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due grupp 2. 90%	i DGR 34/49 del 17.11.2023
	50		7	LEA4	Abbattimento tempi di attesa mediante: 1. Inclusione dei centri di secondo livello ubicati presso l'ARNAS Brotzu nei percorsi di screening oncologico organizzato 2. Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	1. Evidenza delle prestazioni di 2° livello erogate nel 2024 in base alla rinegoziazione della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato con la ASL n. 8 di Cagliari nel 2023 in conformità agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019 2. Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato nel 2023 con ASL n. 8 di Cagliari);	Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP
70			2	LEA5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	I. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.4/4 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispe degli standard per entrambi gli indicatori
		Peso Area				Area della della Qua	lità e Governo clinico	
				Cod.				
			Peso 2,5	Obiettivo QGC1	Obiettivo Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Indicatore 1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Note e riferimenti esterni 1. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considera valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il cor (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
			2,5	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
		20	2,5	QGC3	Applicazione del Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs)	Compilazione scheda di rilevazione e invio dati	>= 90% degli interventi	L'obiettivo si considera raggiunto con la compilazione della scheda di rilevazione dati e successivo invio sul sistema dedicato per almeno il 90% degli interventi delle tipologie incluse nel Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs
			10	QGC4	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operativa sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
			2,5	QGC5	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione e trasmissione alla DG della Sanità di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità	1	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qual e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"

	Peso					Livello della sostenibilità econ	omica e finanziaria				
		Peso Area		Area della razionalizzazione e contenimento della spesa							
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni			
		1	10	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	all'azienda, verrà presa in considerazione la messa in atto delle azioni relative ai 5 obietti			
		Peso Area	10	11001	Enicienza economico - inanziana	r areggio di bilancio	Nicavi – costi	di "Razionalizzazione della spesa farmaceutica" (B-F) che concorrono all'area di			
						Area della gestione am	ministrativo-contabile				
	20		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni			
						1.Approvazione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di				
		0			Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	di cui alla DGR 34/23 del 2015.	programmazione entro il 15/11/2024				
		-	10	AMC1	dei documenti di programmazione	Aggiornamento del bilancio economico		L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori			
i I					1 3	previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione	Rispetto dei termini				
						Generale della Sanità					

Peso			Obiettivo	tempi di pagamento dei debiti comi	merciali	
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
30	30	PDC1	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

Pes	О					Obiettivi Strategici		
	Peso Livello					ell'erogazione dei Livelli essenziali di ass		
		Peso Area		Cod.	Area del n	nantenimento dei LEA, del miglioramento dell'A	Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	
			Peso	Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			7	LEA1	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥ 25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi
			7	LEA2	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
			7	LEA3	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023
	50	30	7	LEA4	Abbattimento tempi di attesa mediante: 1. Inclusione dei centri di secondo livello ubicati presso l'ARNAS Brotzu nei percorsi di screening oncologico organizzato 2. Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	1. Evidenza delle prestazioni di 2° livello erogate nel 2024 in base alla rinegoziazione della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato con la ASL n. 8 di Cagliari nel 2023 in conformità agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019 2. Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	incremento delle prestazioni di 2° livello per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato nel 2023 con ASL n. 8 di Cagliari);	1. L'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL di Cagliari) mediante la mobilitazione delle risorse specialistiche afferenti al 2° livello delle Aziende Ospedaliere e al miglioramento della qualità dei Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2020-2025 PL 13). 2. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
70			2	LEA5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.4/4 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori

	Peso Area				Area della della Qualità e Gove	erno clinico	
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		2,5	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità	>= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
		2,5	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
	20	2,5	QGC3	Applicazione del Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs)	Compilazione scheda di rilevazione e invio dati	>= 90% degli interventi	L'obiettivo si considera raggiunto con la compilazione della scheda di rilevazione dati e successivo invio sul sistema dedicato per almeno il 90% degli interventi delle tipologie inclus nel Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs),
		10	QGC4	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanita per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari 9.610 sul territorio regionale)
		2,5		Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione e trasmissione alla DG della Sanità di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
so Livell	lo				Livello della sostenibilità economica e	finanziaria	
	Peso Area				Area della razionalizzazione e conten	imento della spesa	
	10	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		10	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	
	Peso				Area della gestione amministrat	ivo-contabile	
20		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	10	10	AMC1	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	1.Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. 2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori

Pe	eso		Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali								
		Peso Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni					
3	30		Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018		Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.					

0		1				Obiettivi Strategici		
F	Peso Livello	Peso Area				' <mark>erogazione dei Livelli essenziali (</mark>	di assistenza e della qualità dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del	999
		reso Alea	Peso obiettivo	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			7	LEA1	Avviare e/o completare le procedure- in capo al Dipartimento per la sanità digitale e l'innovazione tecnologica e al Dipartimento acquisti - propedeutiche all'avvio dei programmi di prevenzione oncologica (screening HCV e screening tumore cervice uterina con test HPV-DNA primario)	Delibere di affidamento inerenti alle procedure in ambito ITC e in ambito acquisizione di beni e/o servizi, propedeutiche all'avvio dello screening HCV e all'avvio dello screening del tumore della cervice uterina con test HPV DNA primario (entro maggio 2024)	Disponibilità dei sistemi ITC e dei beni e/o servizi (test HCV e HPV-DNA e servizi correlati) propedeutici per l'avvio dei programmi di screening HCV e screening cervicale con test HPV-DNA primario (entro dicembre 2024)	L'obiettivo è dato in attuazione della programmazione regionale ed stato oggetto di specifici in di seguito richiamati. DGR n. 19/73 del 1.6.2023 recante "Programma regionale di screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV), in attuazione dell'ar 11, comma 15, della LR n.22/2022. Adozione del protocollo operativo regionale". La definizion delle procedure in capo ad ARES, in ambito ITC e acquisizione di beni e/o servizi, <u>è propedet</u> all'avvio dello screening HCV da parte delle Aziende sanitarie. DGR n. 56/17 del 20.12.2017 recante "Linee di indirizzo per la riconversione del programma di screening del cervico carcino con l'introduzione del test HPV DNA" e DGR n. 50/46 del 28.12.2021 recante adozione del Pi Regionale della Prevenzione 2020-2025 Programma Libero PL 13 "Consolidamento dei Programmi organizzati di screening oncologico". La definizione delle procedure in capo ad AR in ambito ITC e acquisizione di beni e/o servizi, <u>è propedeutica</u> all'avvio dello screening del cervicocarcinoma con il test HPV-DNA primario. La regione Sardegna è una delle ultime regio italiane a non aver ancora riconvertito il programma di screening cervicale.
			2	LEA2	psicologi con esperienza in neuropsicologia per le esigenze delle ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, dell'ARNAS e delle AOU secondo i seguenti target: •per le ASL: almeno 38 ore/settimanali ogni 40.000 abitanti >65 anni	Espletamento delle procedure di reclutamento del personale	100% di procedure di reclutamento espletate con graduatoria approvata entro il 30/09/2024	
	ຜູ	30	7	LEA3	Garantire il rispetto del termine di sessanta giorni, dalla pubblicazione sul BURAS dell'elenco delle sedi vacanti da parte della Regione, per l'assegnazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta	Rispetto dei termini di cui all'obiettivo	Assegnazione sedi vacanti entro 60 giorni dalla pubblicazione sul Buras	
	က			LEA4	Espletare entro il 30/06/2024 la procedura di gara per il servizio "CREIAMO"	N. 1 gara aggiudicata	1/1	
				LEA5	Definire la procedura di evidenza pubblica per l'assegnazione del servizio di ADI entro Il 30/05/2024	N. 1 gara aggiudicata	1/1	Da espletare per tutte le aziende sanitarie locali.
			14	LEA6	Espletare la gara per l'acquisizione dei sistemi diagnostici integrati per le attività di screening del cervico-carcinoma secondo gli indirizzi di cui alla DGR n. 56/17 del 20.12.2017	N. 1 gara aggiudicata	1/1	L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per tutti gli indicatori.
				LEA7	Espletare la gara per l'acquisizione dei test per lo screening dell'epatite C (HCV) secondo quanto definito nel protocollo operativo approvato con la DGR n. 19/73 del 1.6.2023	N. 1 gara aggiudicata	1/1	

	Peso Area				Area della della Qualità e	Governo clinico	
		Peso obiettivo	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	ıo	5	QGC1	Attuazione PNRR M6C2 2.2 b) corso in infezioni ospedaliere	Adozione entro il 30/09/2024 della delibera di definizione del programma dei moduli formativi finalizzata all'accreditamento ECM sul portale degli eventi previsti dal PNRR M6C2 2.2 b)	1/1	L'obiettivo si considera raggiunto con l'adozione della delibera con la definizione dei contenuti formativi che saranno oggetto dei Moduli che verranno accreditati secondo la milestone previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2022), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2.
Peso Livell	lo			I	ivello della sostenibilità econom	ica e finanziaria	
	Peso Area				Area della razionalizzazione e co	ntenimento della spesa	
		Peso obiettivo	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	10	10	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	
	Peso Area				Area della gestione ammin	istrativo-contabile	
		Peso obiettivo	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		10	$\Delta N/C$	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024	
35	25	15	AMC2	Omogeneizzazione bilanci aziende del SSR	Attestazione da parte del direttore generale di ARES del completamento dei ribaltamenti nelle scritture contabili 2022 delle aziende sanitarie locali al fine di consentire l'adozione del bilancio di esercizio 2022 delle singole aziende, entro il 29.02.2024. Attestazione da parte del direttore generale di ARES del completamento dei ribaltamenti nelle scritture contabili 2023 delle aziende sanitarie locali al fine di consentire l'adozione del bilancio di esercizio 2023 delle singole aziende, entro il 30.06.2024.	2 / 2 Documenti trasmessi entro i termini	L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per tutti gli indicatori

Peso						Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali		
. 303	Peso		Cod. Obietti	vo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
30	30		PDC1		Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.
Peso						Obiettivi Strategici		
	Peso Livello					Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della d	qualità	
		Peso Area		_		Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Un	nana	
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		o	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale ≥ 38% in tutte le ASL; screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).
						evidenza delle prestazioni di 2° livello erogate nel 2024 in base alla rinegoziazione delle schede tecniche allegata all'accordo stipulato con la AOU di Sassari nel 2023 in conformità agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	incremento delle prestazioni di 2° livello per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento delle schede tecniche allegate all'accordo stipulato nel 2023 con la AOU di Sassari)	L'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL di Sassari) mediante la mobilitazione delle risorse specialistiche afferenti al 2° livello delle Aziende Ospedaliere e al miglioramento della qualità dei Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2020-2025 PL 13).
		Peso Area	D	1	Obligation	Area della della Qualità e Governo clinico	Oten dead (Melegation and Michaeltete)	Note a difference of a stand
		<u> </u>	Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
		±	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
			5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
			2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
		Peso Area			•	Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimenta	re	
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		4	4		Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta

		Peso Area	Dog-	Cod Objetting	Oblastica	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e del		Moto a vifavimanti ante ····:
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
70	49		5	LEA1	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP),	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
					limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di accesso e priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
			2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori
		25	3	LEA3	Garantire iel rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	2/2	ACN MMG e PLS
			5	LEA4	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023
			5		Approvare un protocollo per l'accertamento del fine vita in terapia intensiva	Delibera di approvazione del documento	1/1	II documento va redatto in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti
					Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tra la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i prospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete de			Il documento va redatto in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti
			5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
_	Peso Livello		5	LEA6	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire			
	Peso Livello	Peso Area			la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	minuti	
-	Peso Livello		Peso	Cod. Obiettivo	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore	minuti Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	Peso Livello	Peso Area			la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio	minuti Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni
	Peso Livello	Peso Area	Peso 4	Cod. Obiettivo RCS1	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo	minuti Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi billiare	
	Peso Livello	Peso Area Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio	minuti Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni
		Peso Area Peso Area	Peso 4	Cod. Obiettivo RCS1	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo	T5° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	minuti Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi billiare	
	Peso Livello	Peso Area Peso Area	Peso 4 Peso 9	Cod. Obiettivo RCS1 Cod. Obiettivo	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi billiare Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico
		Peso Area Peso Area	Peso 4	Cod. Obiettivo RCS1 Cod. Obiettivo	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo	T5° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi Standard (Valore/range di risultato) Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024 Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico
		Peso Area Peso Area	Peso 4 Peso 9	Cod. Obiettivo RCS1 Cod. Obiettivo RPP1	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo Rispetto delle milestone del PNRR	Too percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S. Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale Area della gestione amministrativo-contabile	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi biliare Standard (Valore/range di risultato) Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024 Standard (Valore/range di risultato) 1. Approvazione dei documenti di programmazione	Note e riferimenti esterni Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.
		Peso Area Peso Area	Peso 4 Peso 9	Cod. Obiettivo RCS1 Cod. Obiettivo RPP1	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo Rispetto delle milestone del PNRR Obiettivo Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e	Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale Area della gestione amministrativo-contabile Indicatore 1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. 2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi Standard (Valore/range di risultato) Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024 Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali. Note e riferimenti esterni L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui
		Peso Area Peso Area O Peso Area	Peso 4 Peso 9	Cod. Obiettivo RCS1 Cod. Obiettivo RPP1 Cod. Obiettivo	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo Rispetto delle milestone del PNRR	Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale Area della gestione amministrativo-contabile Indicatore 1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. 2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi biliare Standard (Valore/range di risultato) Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024 Standard (Valore/range di risultato) 1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini	Note e riferimenti esterni Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali. Note e riferimenti esterni
		Peso Area Peso Area O Peso Area	Peso 4 Peso 9	Cod. Obiettivo RCS1 Cod. Obiettivo RPP1 Cod. Obiettivo	la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso). Obiettivo Efficienza economico - finanziaria Obiettivo Rispetto delle milestone del PNRR Obiettivo Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e	Livello della sostenibilità economica e finanziaria Area della razionalizzazione e contenimento della spesa Indicatore Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immo Indicatore Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale Area della gestione amministrativo-contabile Indicatore 1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. 2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi Standard (Valore/range di risultato) Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024 Standard (Valore/range di risultato) 1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024	Note e riferimenti esterni Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali. Note e riferimenti esterni L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui

Peso						Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
. 55	Peso		Cod. Obiettiv	0	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni				
30	30		PDC 1		Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento de debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.				
D	-					Objettivi Ctrategici						
Peso						Obiettivi Strategici	1-111142					
	Peso Livello	Peso Area	I			Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e c Area della Sanità Pubblica e della Promozione della sal						
	S	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni				
		ø	g	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL; screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).				
		Peso Area	_	T		Area della Qualità e Governo clinico Chiattina Standard (Valora/ranga di rigultato)						
		-	-	£ _	5	-	7	Peso QGC1	Obiettivo Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Indicatore 1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	Standard (Valore/range di risultato) 1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Note e riferimenti esterni 1. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza
								=	2	2 QGC2 F	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area
						5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)	
			2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti d qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"				
		Peso Area				Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza ali	mentare					
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni				
		4	4	SPV1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta				
								Campionamenti 2024 non ancora disposta				

	Peso Area	B	0-4-00: ***	A12.00 .	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezz		Marie a 20 Successor at	
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
49		5	LEA1	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP),	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100		Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agend "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei cana istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche I quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib. G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.	
				limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di acce e priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.	
		2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori	
	25	3	LEA3	Garanzia del rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini	ACN MMG e PLS	
	-	5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023	
		5		Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	OLBIA ≥ 30%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Region 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'acco del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi	
		5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presid ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).		Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti		
Peso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria			
	Peso Area			200	Area della razionalizzazione e contenimento della s	.'		
	4	Peso 4	Cod. Obiettivo RCS1	Obiettivo Efficienza economico - finanziaria	Indicatore Pareggio di bilancio	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori	
	Peso Area	4	I VC91	EIIIOERIZA ECONOMICO - IIIANZIANA	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio		L objettivo si interioe raggiunto se raggiunti tutti gii indicatori	
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
	6	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR		Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisio degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.	
21	Peso Area		-		Area della gestione amministrativo-contabile			
7		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
					Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024		
	œ		I	2. Aggior	2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione	2. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso	
	80	Q	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e	Generale della Sanità	'		
	∞	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	Generale della Sanità 3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in d ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti	

Peso						Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali				
	Peso		Cod. Obiettive	0	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
30	30		PDC 1		Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento de debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	i Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.		
Daga						Obiettivi Strategici				
Peso	Peso Livello	. 1				Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e d	dolla qualità			
	Peso Livello	Peso Area				Area della Sanità Pubblica e della Promozione della sal				
		1 000 Allou	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
		6	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).		
		Peso Area				Area della della Qualità e Governo clinico				
			Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
			2			Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	 n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)	
		_	2		Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori		
					5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
			2	QGC4	comportare reazioni avverse alla trasfusione	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti c qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"		
		Peso Area				Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza ali				
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
		4	4	SPV1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anr 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta		

		Peso	Area				Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezz	za e dell'Efficacia del SSR			
				Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
	49			5		Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100		Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.		
70					LEA1	prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di accesso e priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.		
			25	2 52 3	2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori	
		ě			55	55	3	LEA3	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicin generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini
				5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023		
				5	LEA5	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	NUORO ≥25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni de 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi		
				5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presio ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).		Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti			
	Peso Live	ello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria	i	<u> </u>		
		Peso	Area	B	0-4-01: ***	A12.00	Area della razionalizzazione e contenimento della		Note: 20 Secretary		
		•	4	Peso 4	Cod. Obiettivo RCS1	Obiettivo Efficienza economico - finanziaria	Indicatore Pareggio di bilancio	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori		
		Peso	Area			1 minutes	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio				
				Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
		•	n	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR		Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.		
		Peso /	Area		1		Area della gestione amministrativo-contabile				
				Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
	24	a	×	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui		
				Ü	AIVIOT	contabili		3. Rispetto dei termini	ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti		
							4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini			

Pes	0					Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali		
	Peso		Cod. Obiettiv	0	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
30	30		PDC 1		Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	i Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.
D	-					Objetti di Streta mini		
Peso	Peso Livello	. 1				Obiettivi Strategici Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e d	olla qualità	
	Peso Livello	Peso Area				Area della Sanità Pubblica e della Promozione della sali		
		100011100	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		o	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL; screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).
		Peso Area		T	Others	Area della Qualità e Governo clinico	Otania di Otalia di America di Carita	No. 6 Construction
			Peso 2	QGC1	Obiettivo Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Indicatore 1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	Standard (Valore/range di risultato) 1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Note e riferimenti esterni 1. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
		=	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
			5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
			2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti d qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
	22.22 22.22	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alir Indicatore	nentare Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	4		4	SPV1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all'	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anni 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22

Peso Area Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR Standard (Valora/range di risultato)						a e dell'Efficacia del SSR		
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	49		5	LEA1	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP),	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100		Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
70						Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di accesse priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
			2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2 < 5% C), SDF (file F), P	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori
		25	3	LEA3	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicini generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini	ACN MMG e PLS
			5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023
			5	LEA5	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	OGLIASTRA ≥25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione de Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordidel 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi
		_	5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presid ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).		Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
P	eso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria	<u> </u>	
		Peso Area	_			Area della razionalizzazione e contenimento della s	spesa	
		4	Peso 4	Cod. Obiettivo RCS1	Obiettivo Efficienza economico - finanziaria	Indicatore Pareggio di bilancio	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori
		Peso Area	4	, NOOT	Lindenza economico - infanziana	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio		разрания пробрания по под пробрания пробрания при принежения по под пробрания пробрани
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		6	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.
		Peso Area				Area della gestione amministrativo-contabile		
	21		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	2	8	٥	AMCA	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in c
	8 AMC		AMC1	contabili	3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. Rispetto dei termini	ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti	
						4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini	

Pes	0				Obiettivo tempi di pagamento dei debiti comme	erciali			
	Peso		Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
30	30		PDC 1	Raggiungimento dell'obiettivo specific debiti commerciali, come dispost 145/2	o dall'art. 1 comma 865 della L. Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.		
Pes	0				Obiettivi Strategici				
	Peso Livello				Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assiste	enza e della qualità			
		Peso Area Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana							
			Peso Co	od. Obiettivo Obiet	tivo Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
							Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i polori de adesione reale figorità per el Objettivi e 10000.		

Peso						Obiettivi Strategici		
	Peso Livello					Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e d		
		Peso Area				Area della Sanità Pubblica e della Promozione della sal		
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		თ	9		Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL; screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).
		Peso Area	Deed		Objettive	Area della della Qualità e Governo clinico	Chandard (Malana (names di visultata)	Nata a sifasimanti antami
			Peso		Obiettivo Indicatore Standard (Valore/range di risultato)		Note e riferimenti esterni	
			2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
		£	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
			5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
			2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti d qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
		Peso Area				Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza ali		
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		4	4	SPV1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta

	Peso Area				Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezz	a e dell'Efficacia del SSR	
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
49		5	LEA1		Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100		Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1"ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
		5	LEAT	prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di acces e priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
		2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori
	25	3	LEA3	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini	ACN MMG e PLS
		5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023
		5	LEA5	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	ORISTANO ≥25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni di 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi
		5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
Peso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria		
	Peso Area				Area della razionalizzazione e contenimento della s		
	4	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato) Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni
	Peso Area	4	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio		L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori
	1 030 Alea	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	6	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR		Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.
	Peso Area				Area della gestione amministrativo-contabile		ass. The roll of the roll and the programma roll of the roll of th
_	1 000 7 11 0 0	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
21			July Chieffito	OSIGNATO		Approvazione dei documenti di programmazione entro il	17000 O THORMONE GOLDTIN
21				•	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	15/11/2024	
21	- ω	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e	Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini	
21	ω	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili			L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cu ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti

Peso 30		Cod. Obiettiv	0	Obiettivo Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei	Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) o' riconosciuta pos la meta' qualora l'ante applitario registri ritardi compresi fer	
30		PDC 1		Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento del			giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;	
				debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	 b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione del presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024. 	
					Objettivi Stratogici			
					Obiettivi Strategici	Jolla gualità		
so Livello	Doog Area							
	Peso Area	Peso	Cod Objettivo	Ohiettivo			Note e riferimenti esterni	
	o	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL		
	Peso Area				Area della Qualità e Governo clinico			
		Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		2 QGC1		Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	I. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)	
	=	<u>+</u>	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
			5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
		2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"	
	Peso Area				Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza ali	mentare		
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
	4	4	SPV1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'ani 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta	
		Peso Area Peso Area Peso Area	Peso Area Peso Peso Peso 2 2 Peso Area Peso 2 Peso Area Peso Peso Peso Peso	Peso Area Peso Cod. Obiettivo	Peso Area Peso Cod. Obiettivo Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari Peso Area Peso Obiettivo QGC1 Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) Peso Area QGC2 Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area Peso QGC3 PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere QGC4 Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione. Peso Area Peso Cod. Obiettivo Obiettivo Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST	Peso Area Peso Cod. Obiettivo Obiett	Paso Area Area delia Galla Qualità e Governo clinico Indicatore Bandard (Valorarizange di risultatio) 1. r. di segnitariori nel SIRMES da parte delle tinità Operative santiarie 2. r. di audit realizzati si eventi segnatati col SIRMES 2. r. di audit realizzati si eventi segnatati col SIRMES 2. r. di audit realizzati si eventi segnatati col SIRMES Percentiate di partecipanti al corso in infezioni ospedalare (PNIRT MCC 2.2.b) Percentiate di partecipanti al corso in infezioni ospedalare (PNIRT MCC 2.2.b) Percentiate di partecipanti al corso in infezioni ospedalare (PNIRT MCC 2.2.b) Percentiate di partecipanti al corso in infezioni ospedalare (PNIRT MCC 2.2.b) Percentiate di orini e capitri norti con di augiero al 15 mesi testati per TSE rispetto aria filiativation in infezioni (St. St. Stepteta S. St. Farianti ellistication) al finiciatore Parcentiate di orini e capitri norti con di augiero e al 15 mesi testati per TSE rispetto aria filiativationi rell'SE, Sorvegianza EST Percentiate di orini e capitri norti con da auge	

F	Peso Area				Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezz		
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
49		5	LEA1	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP),	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100		Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per ageni "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei cani istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
				limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di acce e priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
		2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	I. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (fil C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicator
	25	3	LEA3	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicini generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini	ACN MMG e PLS
		5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023
		5	LEA5	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	MEDIO CAMPIDANO ≥ 25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Region le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Region 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordel 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi
		5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presid ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).		Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
Peso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria		
<u> </u>	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Area della razionalizzazione e contenimento della s	spesa Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	4	4	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori
Ī	Peso Area				Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio		1 33 35 3
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	6	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR		Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fis degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.
-	Peso Area		1		Area della gestione amministrativo-contabile		
21	∞	Peso 8	Cod. Obiettivo AMC1	Obiettivo Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	Indicatore 1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. 2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità 3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	Standard (Valore/range di risultato) 1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini	Note e riferimenti esterni L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso i ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunt
					4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	A. Rispetto dei termini	-

						Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali			
Pes	o								
	Peso		Cod. Obiett	ivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
30	30				Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018		Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.	
Pes						Obiettivi Strategici			
	Peso Livello					Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e d	della qualità		
		Peso Area				Area della Sanità Pubblica e della Promozione della sal	lute Umana		
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		o.	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100		Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico.	

Peso Area				Area della Sanita Pubblica e della Promozione della Sal		
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
6	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL; screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33' screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garar dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerate accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screen mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standa riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).
Peso Area				Area della Qualità e Governo clinico		
	Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
±	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenz L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
	5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
	2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requis qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
Peso Area				Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza ali		
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
4	4	SPV1	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 2 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazi di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta

		Peso Area				Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezz	a e dell'Efficacia del SSR		
		1 000 A100	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
							,	Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14.	
	49		5	LEA1	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1 "ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib. G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.	
70			Ü	5 LEAT	prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di accesse priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.	
			2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori	
		25	3	LEA3	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicin generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini	ACN MMG e PLS	
			5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale deller richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023	
			5	LEA5	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	SULCIS ≥ 25%	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni di 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi	
				5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presid ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	
P	eso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria			
		Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Area della razionalizzazione e contenimento della s	spesa Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		4	4	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori	
		Peso Area				Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio	immobiliare		
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
	21	6	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR		Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.	
	7	Peso Area				Area della gestione amministrativo-contabile			
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		8			Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione o	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cu	
			8	AMC1	contabili	Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini	ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti	
						3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. Rispetto dei termini	-	
						4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini	<u> </u>	

Pes	0						Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali		
		Peso		Cod. Obiettiv	/0	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
30		30		PDC 1	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei PDC 1 debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. Nume 145/2018		Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni. Per le Aziende per cui la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares, la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Ciascuna Azienda dovrà comunicare entro 15 giorni dall'approvazione della presente deliberazione la modalità di pagamento adottata per l'anno 2024.
Pes	0						Obiettivi Strategici		
		Livello					Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e d	della qualità	
			eso Area				Area della Sanità Pubblica e della Promozione della sal	ute Umana	
				Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			6	9	SPU1	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'ARNAS Brotzu e AOU Cagliari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale: tasso di adesione reale≥ 38% in tutte le ASL; screening colorettale: tasso di adesione reale≥ 25% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati a livello regionale nel 2022 (ultimo dato disponibile): screening cervicale 29,33%; screening colorettale 13,56%; screening mammografico 21,93%; considerati i valori standard di adesione reale fissati per gli Obiettivi ai DDGG per il 2023: screening cervicale 35%; screening colorettale 20%; screening mammografico 30% le, si ritiene che l'obiettivo per il 2024, nel rispetto della Sistema di garanzia dei LEA debba essere espressione di un migliormanto ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard diferito, ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).
							Evidenza delle prestazioni di 2° livello erogate nel 2024 in base alla rinegoziazione delle schede tecniche allegate agli accordi stipulati con l'ARNAS Brotzu e la AOU di Cagliari nel 2023 in conformità agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	Incremento delle prestazioni di 2° livello per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento delle schede tecniche allegate agli accordi stipulati nel 2023 con l'ARNAS Brotzu e la AOU di Cagliari)	L'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL di Cagliari) mediante la mobilitazione delle risorse specialistiche afferenti al 2° livello delle Aziende Ospedaliere e al miglioramento della qualità dei Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2020-2025 PL 13).
		Pe	eso Area				Area della della Qualità e Governo clinico		
				Peso		Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
				2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza)
			7	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfato lo standard riferito a tutti gli indicatori
				5	QGC3	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b)	L'obiettivo si considera raggiunto con la partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale)
				2	QGC4	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti d qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"
		Pe	eso Area		10:10:11	01322	Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza ali		Note of the desired o
			_	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			4	4	SPV1		Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	Regolamento (CE) N. 999/2001 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie spongiformi tramissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta

		Peso Area				Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza		
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	49		5	LEA1	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agend "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei cana istituzionali. Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche I quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
70			v		prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	Si considerano le prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 15 a 64, senza distinzione per tipologia di accese priorità. Fonte Numeratore: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Fonte Denominatore: File C (SAM). Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche I quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.
			2	LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	I. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1.5/5 2.≤ 5%	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I), ADI (File O) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori
		25	3	LEA3	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo) - Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 1 marzo e 1 settembre)	- SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024 - SEDI Emergenza sanitaria territoriale: entro il 15 gennaio ed entro il 15 luglio dell'anno	Rispetto dei termini	ACN MMG e PLS
			5	LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche N. di consulenze effettuate su totale delle richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	DGR 34/49 del 17.11.2023
			5	LEA5	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	CAGLIARI ≥ 25%	le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accor del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi
			5	LEA6	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presid ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).		Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	

Peso Livello					Livello della sostenibilità economica e finanziaria	l e e e e e e e e e e e e e e e e e e e				
	Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa								
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni			
	'	4	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori			
	Peso Area				Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio	o immobiliare				
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni			
_	6	9	RPP1	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisic degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.			
6	Peso Area				Area della gestione amministrativo-contabile					
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni			
					Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024				
	∞	8	8 AMC1	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in c ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti		
					3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. Rispetto dei termini				
					4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini				