

Obiettivi 2023 AREUS

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	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.

Obiettivi Strategici								
Peso	Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità							
Peso Livello	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR							
Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
70	40	30	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
			10	LEA2	Piano tariffario del trasporto di Emergenza-Urgenza	Delibera di approvazione dell piano tariffario del trasporto di emergenza urgenza	1	
			10	LEA3	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori.
	10	Area della della Qualità e Governo clinico						
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		5	QGC1	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	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	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)	
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 soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori;			
Peso Livello	Livello della sostenibilità economica e finanziaria							
Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa							
30	15	15	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	Note e riferimenti esterni	
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
15	15	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	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori		

Obiettivi 2023 ARNAS "G. Brotzu"

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	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.

Obiettivi Strategici								
Peso	Peso Livello	Peso Area	Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità					
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
70	50	30	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
			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'efficacia 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
			7	LEA3	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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
			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 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.
2	LEA5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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			

Obiettivi 2023 ARNAS "G. Brotzu"

Peso Area	Area della della Qualità e Governo clinico						
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
20	2,5	QGC1	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	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	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)	
	2,5	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 soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori	
	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 operatori 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 trasfusionali.	1	Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"	
	Peso Livello						
20	Livello della sostenibilità economica e finanziaria						
	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa						
	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
10	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi			
Area della gestione amministrativo-contabile							
Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
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	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori		

Peso	Livello della sostenibilità economica e finanziaria						
	Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa					
20	10	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	all'azienda, verrà presa in considerazione la messa in atto delle azioni relative ai 5 obiettivi di "Razionalizzazione della spesa farmaceutica" (B-F) che concorrono all'area di
	Peso Area	Area della gestione amministrativo-contabile					
	10	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	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori	

Obiettivi 2023 AOU Sassari

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	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.

Obiettivi Strategici								
Peso	Peso Livello	Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità						
		Peso Area	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
70	50	30	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'efficacia 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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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
			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 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.
			2	LEA5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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

Obiettivi 2023 AOU Sassari

		Area della della Qualità e Governo clinico					
Peso Area		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
20	20	2,5	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	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	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)
		2,5	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 soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori
		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 operatori 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 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 finanziaria			
20	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa						
	10	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	Area della gestione amministrativo-contabile						
	10	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	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori	

Obiettivi 2023 ARES

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	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.

Obiettivi Strategici								
Peso	Peso Livello	Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità						
		Peso Area	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
		Peso obiettivo	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
70	35	30	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 indirizzi 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'articolo 11, comma 15, della LR n.22/2022. Adozione del protocollo operativo regionale". La definizione delle procedure in capo ad ARES, in ambito ITC e acquisizione di beni e/o servizi, è <u>propedeutica</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 carcinoma con l'introduzione del test HPV DNA" e DGR n. 50/46 del 28.12.2021 recante adozione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 Programma Libero PL 13 "Consolidamento dei Programmi organizzati di screening oncologico". La definizione delle procedure in capo ad ARES, in ambito ITC e acquisizione di beni e/o servizi, è <u>propedeutica</u> all'avvio dello screening del cervicocarcinoma con il test HPV-DNA primario. La regione Sardegna è una delle ultime regioni italiane a non aver ancora riconvertito il programma di screening cervicale.
			2	LEA2	Espletare entro il 30/06/2024 le procedure di reclutamento degli 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 residenti sul territorio assegnato.	Espletamento delle procedure di reclutamento del personale	100% di procedure di reclutamento espletate con graduatoria approvata entro il 30/09/2024	
			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	
			14	LEA4	Espletare entro il 30/06/2024 la procedura di gara per il servizio "CREIAMO"	N. 1 gara aggiudicata	1 / 1	Da espletare per tutte le aziende sanitarie locali. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per tutti gli indicatori.
				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	
				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	
				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	

Obiettivi 2023 ARES

Peso Livello	Peso Area	Area della della Qualità e Governo clinico					
	Peso obiettivo	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
35	5	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.
	Livello della sostenibilità economica e finanziaria						
	Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento 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 amministrativo-contabile						
Peso obiettivo	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	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024		
25	15	AMC2	Omogeneizzazione bilanci aziende del SSR	1. 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. 2. 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	

Obiettivi 2023 ASL n. 1 Sassari

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	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	<p>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;</p> <p>b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;</p> <p>c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;</p> <p>d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.</p> <p>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.</p>

Obiettivi Strategici						
Peso Livello	Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità					
Peso Area	Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana					
Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
9	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	<p>screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 38% in tutte le ASL;</p> <p>screening colorettales: tasso di adesione reale \geq 25% in tutte le ASL;</p> <p>screening mammografico \geq 35% in tutte le ASL</p>	<p>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 colorettales 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 colorettales 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettales e 60% per lo screening mammografico.</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).</p>
			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	Area della della Qualità e Governo clinico					
Peso	Cod. Obiettivo	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)	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. \geq 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. \geq 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	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	\geq 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto 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)	\geq 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 alimentare					
Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
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 trasmissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta	

Obiettivi 2023 ASL n.1 Sassari

70	49	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR						
		Peso Area						
		25	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.	
					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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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	
		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	2/2	ACN MMG e PLS	
		5	LEA4	Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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	Approvare un protocollo per l'accertamento del fine vita in terapia intensiva	Delibera di approvazione del documento	1 / 1	Il documento va redatto in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti	
		5	LEA6	Garantire l'efficacia 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								
21	Livello della sostenibilità economica e finanziaria							
	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa							
	Peso Area							
	4	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
	4	4	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi		
	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare							
Peso Area								
9	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
9	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.		
Area della gestione amministrativo-contabile								
Peso Area								
8	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni		
8	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti		

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	Peso	Cod. Obiettivo	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	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	<p>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;</p> <p>b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;</p> <p>c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;</p> <p>d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.</p> <p>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.</p>

Obiettivi Strategici							
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità							
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana							
Peso Livello	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	9		9SPU1	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	screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 38% in tutte le ASL; screening coloretale: tasso di adesione reale \geq 25% in tutte le ASL; screening mammografico \geq 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 coloretale 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 coloretale 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale 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).
		Area della della Qualità e Governo clinico					
	11	2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. \geq 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. \geq 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	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	\geq 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto 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)	\geq 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"
		Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare					
	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

Obiettivi 2023 ASL n. 2 Olbia

70	49	Peso Area	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.	
					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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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	
		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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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	OLBIA ≥ 30%	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	
		5	LEA6	Garantire l'efficacia 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			
21		Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa					
		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					
		9	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					
		8	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	Peso	Cod. Obiettivo	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	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.

Obiettivi Strategici									
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità									
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana									
Peso	Peso Livello	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
		9	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	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 38% in tutte le ASL; screening coloretale: 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 coloretale 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 coloretale 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale 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).	
		Area della della Qualità e Governo clinico							
		11	2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	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	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 soddisfatto 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"	
		Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare							
		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 trasmissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta	

70	49	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
		Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
25		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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.
					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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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
		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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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	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 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
		5	LEA6	Garantire l'efficacia 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	
21	49	Livello della sostenibilità economica e finanziaria					
		Area della razionalizzazione e contenimento della spesa					
		4	RCS1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	L'obiettivo si intende raggiunto se raggiunti tutti gli indicatori
		Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare					
		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.
		Area della gestione amministrativo-contabile					
		8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	Peso	Cod. Obiettivo	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	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	<p>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;</p> <p>b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;</p> <p>c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;</p> <p>d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.</p> <p>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.</p>

Obiettivi Strategici							
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità							
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana							
Peso Livello	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	9	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	<p>screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 38% in tutte le ASL;</p> <p>screening colorettales: tasso di adesione reale \geq 25% in tutte le ASL;</p> <p>screening mammografico \geq 35% in tutte le ASL</p>	<p>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 colorettales 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 colorettales 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettales e 60% per lo screening mammografico.</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).</p>
Area della della Qualità e Governo clinico							
Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
11	2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	<p>1. \geq 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria</p> <p>2. \geq 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato</p>	<p>1. Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria</p> <p>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)</p>	
	2	QGC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	\geq 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto 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)	\geq 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"	
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare							
Peso Area	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 trasmissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta	

Obiettivi 2023 ASL n. 4 Ogliastra

70	49	Peso Area	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR				
		Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.
					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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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
		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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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	OGLIASTRA ≥ 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		
5	LEA6	Garantire l'efficacia 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					
21	Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa					
	4	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	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					
	9	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
9	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						
8	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
8	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti	

Obiettivi 2023 ASL n. 5 Oristano

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	Peso	Cod. Obiettivo	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	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	<p>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;</p> <p>b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;</p> <p>c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;</p> <p>d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.</p> <p>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.</p>

Obiettivi Strategici							
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità							
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana							
Peso Livello	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	9	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	screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 38% in tutte le ASL; screening coloretale: tasso di adesione reale \geq 25% in tutte le ASL; screening mammografico \geq 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 coloretale 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 coloretale 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale 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).
Area della della Qualità e Governo clinico							
	11	2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. \geq 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. \geq 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	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	\geq 1 per area	Il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto 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)	\geq 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"
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare							
	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

Obiettivi 2023 ASL n. 5 Oristano

70	49	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR						
		Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		25	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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.
				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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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		
	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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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	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 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		
	5	LEA6	Garantire l'efficacia 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						
21	Peso Area	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa						
	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						
	9	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						
8	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti		

Obiettivi 2023 ASL n. 6 Medio Campidano

70	49	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR						
		Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
		25	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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.
				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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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		
	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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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	MEDIO CAMPIDANO ≥ 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		
	5	LEA6	Garantire l'efficacia 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						
		Area della razionalizzazione e contenimento della spesa						
	4	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	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	
		Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare						
	9	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
	9	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.	
		Area della gestione amministrativo-contabile						
	8	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni	
	8	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC1, gli indicatori 3 e 4 sono espunti	

Obiettivi 2023 ASL n. 7 Sulcis Iglesiente

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	Peso	Cod. Obiettivo	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	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.

Obiettivi Strategici							
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità							
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana							
Peso Livello	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	9	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	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 38% in tutte le ASL; screening coloretale: 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 coloretale 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 coloretale 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale 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).
	11	2	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	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	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 soddisfatto 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"
	4	Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare					
		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 trasmissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta

Obiettivi 2023 ASL n. 7 Sulcis Iglesiente

70	49	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR						
		Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
25	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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.		
				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.		
		LEA2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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		
		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		
		LEA4	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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		
		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 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		
		LEA6	Garantire l'efficacia 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						
21	4	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		
	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare							
	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.		
Area della gestione amministrativo-contabile								
8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti			

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali						
Peso	Peso	Cod. Obiettivo	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	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	<p>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;</p> <p>b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;</p> <p>c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;</p> <p>d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.</p> <p>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.</p>

Obiettivi Strategici													
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità													
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana													
Peso Livello	Peso Area	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni						
	9	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	<p>screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 38% in tutte le ASL;</p> <p>screening colorettrale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL;</p> <p>screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL</p>	<p>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 colorettrale 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 colorettrale 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 miglioramento ulteriore. Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e colorettrale e 60% per lo screening mammografico.</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).</p>						
				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).							
	11							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	QGC1	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	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	
								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 soddisfatto 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)
								Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"					
	4							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 trasmissibili. Nota DGSAF e Nota RAS su Campionamenti 2024 non ancora disposta					
								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	
	Area della della Qualità e Governo clinico												
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare													

Obiettivi 2023 ASL n. 8 Cagliari

70	49	25	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR					
			Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
			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), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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.
						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	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. 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
			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	1. Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2. 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%	DGR n. 20/10 del 20/07/2020 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
			5	LEA6	Garantire l'efficacia 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					
21	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa						
	4	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	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
	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare						
	9	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	9	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.
	Area della gestione amministrativo-contabile						
	8	Peso	Cod. Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Note e riferimenti esterni
	8	8	AMC1	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	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 4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini 3. Rispetto dei termini 4. Rispetto dei termini	L'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Nel caso in cui ARES non perseguisse l'obiettivo AMC2, gli indicatori 3 e 4 sono espunti