

**Allegato 2 - Obiettivi di Performance Organizzativa anno 2023**

| AREA DI PERFORMANCE   | DESCRIZIONE OBIETTIVO  | DESCRIZIONE INDICATORE   | % MONITORAGGIO AL 31.12.2023 |
|---|--|--|------------------------------|
| Area della produzione   | Diagnosi precoce delle malattie congenite  | N° neonati sottoposti a screening per cardiopatia congenita/N° totale nati   | 100%                         |
|   |  | N° neonati sottoposti a screening per G6PD Quantitativa/N° totale nati   | 100%                         |
|   | Favorire il benessere del neonato  | N° neonati sottoposti alla analgesia durante i prelievi ematici/N° neonati che hanno effettuato prelievi ematici   | 100%                         |
|   | Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine vegetale.  | N° controlli acque minerali, di sorgente e ad usi alimentari/N° controlli totali previsti dalle norme vigenti  | 100%                         |
|   |  | N° controlli mense collettive (scolastiche e aziendali)/N° mense da controllare  | 100%                         |
|   | Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore latte-caseareo   | % campioni analizzati/totale campioni programmati da PRR - Contaminazione degli alimenti (riduzione rischio farmaci, sostanze illecite o contaminanti)   | 100%                         |
|   |  | Controllo alimenti prodotti dai caseifici - (n. controlli effettuati/n. controlli programmati)   | 95%                          |
|   |  | Controllo negli allevamenti finalizzati al benessere animale (adeguamento alle normative ministeriali D.lgs 146/2006) - ovicapriini - (n.schede di verifica effettuate/n. aziende programmate previste da piano)           | 100%                         |
|   | Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale.   | N° Controlli di farmacosorveglianza per allevamenti ad alto rischio (ovicapriini)/N° Totale allevamenti ad alto rischio (n. allevamenti controllati/n. allevamenti target (definito in relaz. al piano benessere animale)) | 100%                         |
|   |  | N° Campionamenti di alimenti effettuati/N° campionamenti di alimenti programmati   | 98%                          |
|   |  | N° Controlli su esercizi di vendita al minuto di alimenti di origine animale (macellerie/pescherie)/N° esercizi di vendita al minuto presenti nel territorio   | 100%                         |
|   | Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura   | N° Controlli sulle imprese comparto alimentare/N° imprese comparto alimentare presenti nel territorio  | 100%                         |
|   |  | N° di interventi ispettivi in aziende agricole/N° interventi ispettivi programmati sec. Piano locale/regionale   | 100%                         |
|   | Attuazione del Piano Regionale di riorganizzazione della Rete Assistenziale territoriale di cui alla DGR N° 57/14 del 18.11.2020   | N° di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/N° interventi ispettivi programmati sec. Piano locale/regionale  | 100%                         |
| N° pazienti dimessi dai reparti di degenza presi in carico entro le 24 ore dalla ricezione della richiesta/N° di pazienti presi in carico dimessi dai reparti di degenza  |  | 100%   |                              |
| Garantire l'inserimento degli infortuni gravi e mortali nel sistema INFORMO e le malattie professionali   | N° segnalazioni inserite/N° segnalazioni pervenute   | 100%   |                              |
| Potenziare l'utilizzo dei sistemi informativi in materia di rischi e danni da lavoro (sistema di sorveglianza Mal-Prof) riferito alle malattie muscolo scheletriche in edilizia e agricoltura   | Numero casi analizzati e inseriti/N° segnalazioni spresal *100   | 100%   |                              |
| Area della Sanità Pubblica e veterinaria  | Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023   | (N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100  | 100%                         |
|   | Garantire la prevenzione al fine di evitare morti premature  | Screening cervicale (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100   | 100%                         |
|   |  | Screening colorettaie: (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100  | 100%                         |
|   |  | Screening mammografico (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100  | 60%                          |
|   | Ottendere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles   | Ottendere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021  | 100%                         |
|   |  | Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 %degli obiettivi fissati dall'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale (OEVR)   | 100%                         |
|   | Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO   | N° interviste caricate in piattaforma/N° interviste target definito dall'ISS) *100   | 100%                         |
|   | Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione,per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL                             | N° di PMP attivati/N° complessivo di PMP da attivare (n. 8)  | 100%                         |
|   | Ottendere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi  | Il 99,9 % della popolazione bovina è indenne da infezione da MTBC  | 100%                         |
|   |  | Il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %  | 100%                         |
|   | Ottendere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie compresa nel piano di monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti | Percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie compresa almeno tra l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati   | 100%                         |
| Ottendere almeno un valore pari all'85% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN a norma di quanto previsto dal reg. CE 999/2001 | Percentuale di bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN compresi tra 94,9% e il 75% del valore atteso   | 100%   |                              |
| Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021   | (N. schede codificate/N. schede inserite)*100  | 100%   |                              |
| Efficienza economico - finanziaria  | Pareggio di bilancio   | Dato disponibile solo a chiusura del bilancio  |                              |
| Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera  | Adozione del Prontuario Farmaceutico Aziendale   | Indicatore sterilizzato a seguito dell'abolizione del Prontuario Farmaceutico Regionale  |                              |
|   | Riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera rispetto all'anno 2022  | 100%   |                              |
| Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata  | Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234  | Dato disponibile solo a chiusura del bilancio  |                              |
|   | n. prescrizioni di medicinali fuori gara/n. totale prescrizioni  | 100%   |                              |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Area dell'equilibrio economico-finanziario ed efficientamento energetico   | Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti   | Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234  | Dato disponibile solo a chiusura del bilancio |
|  |   | Incrementare le prescrizioni di medicinali con principio attivo generico per i farmaci in cui il brevetto è scaduto   | 100%  |
|  |   | n. prescrizioni con principio attivo o specialità indicata nelle gare/n. totale prescrizioni  | 99%   |
|  |   | Tramissione trimestrale dell'elenco dei medicinali acquistati su richiesta del clinico per esigenze specifiche  | 100%  |
|  | Rispetto delle milestone del PNRR   | Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale  | 100%  |
|  | Garantire il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018  | N° fatture liquidate entro i 20 giorni dall'assegnazione/N° totale fatture liquidate  | 30%   |
|  | Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali   | N° fatture liquidate su CdRIL9999999/N° fatture liquidate   | 98%   |
| Valore assestato Sub Autorizzazioni con legame codice progetto/Totale Valore Assestato Sub Autorizzazioni Macro 4 - Progetti e Macro 2 - Piano Investimenti  |   | 100%  |   |
| Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione  | Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR34/23 del 2015.   | 100%  |   |
| Area della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione  | Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione   | N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100  | 100%  |
|  |   | N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record*100  | 100%  |
| Area dello sviluppo, innovazione e accessibilità   | Verifica appropriatezza dei ricoveri nel PS   | n. ricoveri impropri/ n. ricoveri effettuati dal P.S.   | 100%  |
|  | Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.   | N° delle 64 prestazioni per 1° accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard/N° totale delle 64 prestazioni per 1°accesso con codici B e D   | 57%   |
|  |   | N° di pazienti con caratteristiche di non urgenza (codice verde) che accedono entro 6 ore/N° totale pazienti con caratteristica di nonurgenza (codice verde)  | 89%   |
|  | Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012   | N° di pazienti ricoverati/N° totale dei pazienti dimessi entro le 48 ore  | 26%   |
|  | Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.   | N° visite diabetologiche per 1° accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard/N° Totale visite diabetologiche per 1°accesso con codici B e D   | 100%  |
|  | Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA   | Rapporto fra il N° di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo. | 71%   |
|  | Garantire il controllo sui requisiti delle strutture sanitarie accreditate  | n. strutture verificate/n. strutture da verificare  | 100%  |
|  | Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici | Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2022.   | 100%  |
| Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano di riqualificazione (ID006), con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento  |   | 100%  |   |
|  | Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3.           | 100%  |   |
| Area degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio   | Miglioramento degli indicatori PNE  | N° di sacche SANGUE scadute/ N° totale di sacche sanguie  | 100%  |
|  |   | N° di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg/N° totale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria   | 50%   |
|  |   | N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100  | 30%   |
|  |   | N° parti cesarei primari/N° parti con nessuna pregresso cesareo*100   | 21%   |
|  | Garantire la formazione obbligatoria dei dipendenti con la partecipazione ai corsi relativi al Dlgs. 81/08 e antincendio  | N° di lavoratori designati/N° totale di lavoratori da designare   | 100%  |
|  |   | N° di lavoratori formati e aggiornati sulla base del art.37 del D.lgs 81/08/N° totale dei lavoratori da formare e da aggiornare   | 100%  |
|  | Garantire la qualità del dato con l'utilizzo della scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening ) da allegare alla SDO  | N° di schede BRASS compilate per i pazienti over 65/ N° totale pazienti over 65 ricoverati  | 96%   |
|  | Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)   | N° di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES   | 100%  |
|  |   | Redazione di una FMEA per area  | 100%  |
|  |   | N° di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere  | 100%  |
|  | Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate  | Produzione di una relazione nella quale deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere con la specifica del numero di posti letto e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.   | 100%  |
|  |   | Produzione di una relazione nella quale deve essere specificato l'elenco delle strutture territoriali in essere e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.   | 100%  |
| Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi nella Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo | % di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA   | 100%  |   |

|   |   |             |
|---|---|-------------|
| <p>Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM): 1) Approprietezza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo pre- operatorio PBM</p> | <p>N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM</p> | <p>100%</p> |
|   | <p>N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale &gt;1g)</p> | <p>100%</p> |