

Con la deliberazione N. 2/7 DEL 18.01.2024, la Regione Sardegna ha assegnato gli obiettivi di mandato ai Direttori Generali. Di seguito riportiamo quelli di competenza della ASL 3 di Nuoro.

Obiettivo di mandato: obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
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	Giorni di liquidazione 21 Pagamento dalla ricezione della fattura 24gg.	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Si precisa che nel 2022 la fase di pagamento è gestita dall'azienda Ares perciò la misurazione dell'indicatore verrà effettuata sui tempi di liquidazione. Nel momento in cui le funzioni legate al pagamento dei fornitori verranno trasferite alle AASSLL si procederà alla verifica dell'obiettivo con la misurazione delle giornate di ritardo.

Le comunicazioni del Bilancio- Ciclo Passivo riferiscono come risultato 2023:

- ✚ giornate medie di liquidazione: 21 giorni mentre tempo medio di ritardo del pagamento
- ✚ in merito ai tempi di pagamenti il risultato è 24 giorni

In considerazione dei dati sopraelencati, l'obiettivo è stato raggiunto.

Obiettivo di mandato: obiettivi strategici.

Livello di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità

Area della sanità Pubblica e della Promozione della Salute Umana

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
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 $\geq 38\%$; Screening coloretale: tasso di adesione reale $\geq 25\%$; Screening mammografico: tasso di adesione reale $\geq 35\%$;	Screening mammografico: tasso di adesione 30,38%. Screening coloretale: tasso di adesione 28,72%	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Nel 2023 il tasso di copertura dello screening mammografico si attesta al 30,38%, con un tasso d'adesione del 78,31%, pari a 3.548 presenze su 4.531 inviti rivolti alle donne tra i 50 e i 69.

Per quanto riguarda lo screening coloretale, il tasso di copertura è del 28,72%.

Mentre lo screening della cervice uterina rivolto a una popolazione bersaglio compresa tra i 25 e i 64 anni, non è disponibile per dei problemi informatici.

La costante informazione sulla prevenzione che si va a canalizzare poi nelle giornate dedicate allo screening, ha permesso di ottenere l'incremento dei dati registrati nel 2022.

Considerando, quindi, gli elementi già definitivi, si può affermare che siano stati raggiunti gli standard richiesti.

Area della Qualità e Governo clinico.

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Implementare il sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1>=80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2>=1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato.	1. >= 50 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 5 audit per Azienda Sanitaria tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Redazione di 1 FMEA per area	>=1 per area.	3. >= una per area	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Nel 2023 i due obiettivi erano accorpati, sono stati raggiunti i primi due obiettivi mentre sono state riscontrate criticità per la redazione di 1 FMEA.

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso di infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2b)	95% del target previsto dal PNRR	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.)	1 progetto	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi	Ottenere ameno l'80% di ovini e il 55% di caprini		Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

	testati per TSE rispetto all'obiettivo di campionamento.	morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024		
--	--	---	--	--

Dati in aggiornamento.

Area del mantenimento del LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR.

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Garantire una percentuale di prime visite erogate (con prestazione 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 CUP)*100	85%	84,39%	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore
	Rapporto % fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo)*100	95%		Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Le azioni poste in essere dal 2022, dove la percentuale si attestava al 70%, hanno permesso di raggiungere l'84,39% e quindi di superare lo standard previsto per il 2023 (75%).

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
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 I e II livello rilevati al termine previsto N. totale record *100	1. 5/5 2. ≤5	2. =0,24%	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

L'obiettivo differisce da quello del 2023 al primo punto, dove invece si richiedeva il rapporto percentuale tra il numero dei record entro i termini e il record dei numeri trasmessi.

Mentre per il secondo punto l'obiettivo si attesta allo 0,24% ed è quindi raggiunto.

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione 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 PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione; 30 marzo) -Emergenza sanitaria territoriale: entro 15 gennaio e entro il 15 luglio dell'anno)termine ACN) per la pubblicazione	SEDI MMG E PLS entro 15.02.2024 Sedi emergenza sanitaria territoriale; entro il 15 gennaio ed entro il 15 giugno dell'anno	Rispetto dei termini	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Attivare almeno due 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. Delibera di approvazione dei due gruppi 2. 90%	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in gradi di incrementare il livello 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 segnalazione di CM/ Numero di decessi per lesione encefalica	≥25%	25%	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Nell'anno 2023, il risultato è stato del 25%, andando a soddisfare lo standard.

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Garantire l'efficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il	Almeno il 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

d'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)	P.S.	minuti		
---	------	--------	--	--

Area della razionalizzazione e contenimento della spesa

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
Efficienza economico-finanziaria	Bilancio di pareggio	Ricavi=Costi	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
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	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore

Area della gestione amministrativo-contabile

<u>OBIETTIVO</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>STANDARD</u>	<u>RISULTATO 2023 (BaseLine)</u>	<u>IMPATTO 2024/2026</u>
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.	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 l'anno 2024	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore
	2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini.	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore
	3. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	3. 3. Rispetto dei termini.	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore
	4. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	4. Rispetto dei termini.	Nessun dato precedente	Rispetto dello standard previsto dall'indicatore