

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026/2028**

**ALLEGATO 1 - OBIETTIVI E INDICATORI DI
PERFORMANCE**

ASL GALLURA

ALLEGATO 1 OBIETTIVI E INDICATORI – SOTTOSEZIONE PERFORMANCE

OBIETTIVI STRATEGICI - DIMENSIONE UTENTE

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	Fonte
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di assicurare l'erogazione delle prime visite specialistiche e strumentali in agende pubbliche nel CUP, la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	Numero di prestazioni (PNGLA) erogate attraverso il CUP in agende pubbliche/Totale delle prestazioni erogate nel medesimo periodo *100	OSPEDALE - TERRITORIO	65,49%	85%	CUP WEB
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		% di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	OSPEDALE - TERRITORIO	63,93%	80%	CUP WEB
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	screening cervicale: 35,21% screening colon retto: 26,49% screening mammografico : 21,72%	T. cervice=38%; T. colon retto=27%;T. mammella =35%	DIPARTIME NTO DI PREVENZI ONE
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Garantire le Cure Domiciliari Integrate di I° e II°livello a favore degli anziani non autosufficienti di età = > di 65 anni e le Cure Domiciliari Integrate di III°livello e Palliative ai malati terminali.	% di ultra 65 enni in CDI /totale popolazione residente anziana età >=65*100	DISTRETTI	8,34%	10%	FLUSSO ADI
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		N° pazienti inseriti in Cure palliative domiciliari oncologiche (CPDO) /n° pazienti che sono arruolabili	ONCOLOGIA AZIENDALE	100%	100%	FLUSSO ADI

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	Fonte
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		% di pazienti inseriti in cure palliative deceduti in ospedale	ONCOLOGIA AZIENDALE	3,76%	2%-5%	FLUSSO ADI
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Garantire una corretta gestione del paziente cronico attraverso la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari allo scopo di identificare la strategia migliore in termini di efficacia (effectiveness), costo-efficacia (cost-effectiveness) e sostenibilità economica	Definizione di PDTA d'integrazione ospedale territorio per la presa in carico dei pazienti cronici	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - DISTRETTI SOCIO SANITARI- QUALITA' E RISK MANAGEMENT	PDTA PAZIENTI CRONICI	AGGIORNAMENTO PDTA PAZIENTI CRONICI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - DISTRETTI SOCIO SANITARI

OBIETTIVI STRATEGICI – DIMENSIONE PROCESSI INTERNI

AREA DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASLINE	TARGET	FONTE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili (compreso amianto)	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Numero di interventi ispettivi in aziende agricole	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		N° piani di lavoro per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) esaminati	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire in ogni sede SpreSAL l'attivazione degli 8 Piani Mirati di prevenzione (PMP) con l'attuazione per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione dell'informazione/comunicazione	Numero di PMP attivati dalla struttura SPRESAL per l'attuazione delle attività stabilite nel PRP/numero complessivo di PMP(8) da parte della struttura SPRESAL*100	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il controllo degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	Numero di inchieste infortuni concluse, su delega o per iniziativa	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Numero inchieste malattie professionali concluse	SPRESAL	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Potenziare l'utilizzo dei sistemi informativi in materia di rischi e danni da lavoro (sistema di sorveglianza MalProf)	N° casi analizzati e inseriti/N° segnalazioni spresal *100	SPRESAL	95%	95%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'attuazione del Piano regionale di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini. Livello di certificazione genetica delle greggi	Numero di allevamenti ovini classificati come livello I,II (IIa,IIb),III/N°di allevamenti ovini attivi*100	SANITA' ANIMALE	91%	90% di ovini attivi classificati in BDN come livelli I, II (IIa e IIb), III	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione di MTCB	N° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/N° di stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati da controllare nell'anno *100	SANITA' ANIMALE	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

AREA DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	FONTE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il campionamento per Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) e sorveglianza EST ovicaprine degli ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi	% di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all'obiettivo di campionamento	SANITA' ANIMALE	ovini 156%; caprini 41%	80% ovini; 55% caprini%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	SIAPZ	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	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 lattiero-caseario	Numero di controlli ufficiali sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte/Numero di controlli ufficiali programmati sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	SIAPZ	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'attuazione del Piano Nazionale Alimenti Animali (PNAA) per garantire la salubrità e sicurezza dei prodotti di origine animale, tramite il controllo dei mangimi.	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	SIAPZ	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	SIAPZ	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati/numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati	SIAPZ	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale	SIAPZ	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	SIAOA	96%	80%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	SIAOA	87%	80%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

AREA DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	FONTE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati/numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati	SIAOA	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale	SIAOA	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'attuazione del Piano Straordinario di sorveglianza del rischio di introduzione della peste suina africana	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	SERVIZI VETERINARI	100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'attuazione del Piano di anagrafe canina: identificazione elettronica dei cani rurali	N° di cani rurali identificati con microchip/Numero totale di cani rurali da identificare con microchip programmati/anno *100	SERVIZI VETERINARI	11%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'attuazione del Piano di lotta al Randagismo		SERVIZI VETERINARI	0%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Incrementare l'adesione ai sistemi di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) e PASSI d'argento (La qualità della vita vista dalle persone ultra 65 enni)	Numero interviste caricate in piattaforma/Numero di interviste target definito dall'ISS*100	IGIENE PUBBLICA	Passi 90,5% Passi argento 95,5% (dato 2024)	Passi 91 % Passi argento 96%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del PNE e Nuovo Sistema di Garanzia	Indicatori PNE e NSG	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA	60%	>=media regionale	FLUSSI INFORMATIVI
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'efficientamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022	Definizione di un modello di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale dell'ASL GALLURA	UU.OO TERRITORIO	Il modello di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale dell'ASL GALLURA è in fase di attuazione con le COT e l'apertura delle Case di comunità	Sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022 entro il triennio	DIREZIONE GENERALE

AREA DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	Fonte
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Migliorare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive	N° schede codificate/N° annuale deceduti residenti *100	IGIENE PUBBLICA	Anno 2021 1288/1414 = 90.20% anno 2022 1484/1579=93% - anno 2023 1418/1505 = 94%	95%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'adesione al Sistema di sorveglianza OKKIO 2023	Numero di scuole coinvolte nella sorveglianza/Numero di scuole campionate dall'ISS*100	IGIENE PUBBLICA	n.d	90%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA	14.64%	<=23%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA	12,50%	<=17%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici a rischio di inappropriatezza/ Numero totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA	86%	>=87%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA	11,33%	<=20%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire l'appropriatezza chirurgica	Proporzione di infarti miocardici acuti trattati con PTCA entro 2 giorni	UTIC	70,70%	90%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire l'appropriatezza chirurgica	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	CHIRURGIA	61,70%	>70%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire la definizione degli 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	% di segnalazione di ME (morti encefaliche) su numero di decessi con LCA	COORDINATORE PROGETTO DONAZIONE E TRAPIANTI D'ORGANO	57,89%	>=30%	REPORT COORDINATORE PROGETTO DONAZIONE E TRAPIANTI D'ORGANO

AREA DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASLINE	TARGET	FONTE
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire la riduzione del consumo di sangue ed emoderivati attraverso l'implementazione di un PDTA aziendali secondo i programmi di PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PMB) attraverso l'appropriatezza della fase preoperatoria del PBM e la congruità nella fase diagnostica secondo l'algoritmo preoperatorio PBM	Numero di pazienti inviati a consulenza PBM/Numero di interventi chirurgici in elezione candidati al percorso PBM*100	DIRETTORI UU.OO OSPEDALIERE - MEDICINA TRASFUSIONALE	100%	>=50%	RESPONSABILE MEDICINA TRASFUSIONALE
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA		Numero di consulenze PBM efficaci/Numero di consulenze effettuate (delta HB dopo supporto non trasfusionale > 1g)	DIRETTORI UU.OO OSPEDALIERE - MEDICINA TRASFUSIONALE	85%	>=70%	UU.OO OSPEDALIERE - MEDICINA TRASFUSIONALE
AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Numero record Flussi dell'anno in corso trasmessi entro i termini/Numero totale record Flussi dell'anno in corso*100	AREA TECNOLOGIA E TRANSAZIONE DIGITALE	99,70%	>=95%	FLUSSI INFORMATIVI (Flussi SDO (File A), SAM (File C), SDF (File F), PS (File I), ADI (File O))
		Numero errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A,C,F ,I, O dell'anno al termine previsto/Numero totale dei record flussi A,C,F,I,O dell'anno *100	AREA TECNOLOGIA E TRANSAZIONE DIGITALE	3,56%	< o=5%	FLUSSI INFORMATIVI (Flussi SDO (File A), SAM (File C), SDF (File F), PS (File I), ADI (File O))
AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire l'aumento dei pazienti di età > 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=48 ore / N° interventi per frattura del femore *100	ORTOPEDIA	39,15%	>=70%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Riduzione dei parti cesarei primari	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	38,66%	30%	FILE A
AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	N° di strutture che compilano SISPAC/N° totale di strutture che effettuano attività chirurgica*100	UU.OO DIPARTIMENTO CHIRURGICO	SISPAC presente 95% completezza 91%	SISPAC presente 99% completezza 99%	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire l'implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di dipartimento o Area	N° di segnalazioni nel SIRMES da parte delle UU.OO sanitarie ospedaliere	DIRETTORI STRUTTURE	97	>80	QUALITA' E RISK MANAGEMENT
		N° di audit realizzati su eventi segnalati con il SIRMES	RESPONSABILE QUALITA' E RISK MANAGEMENT	0	1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	QUALITA' E RISK MANAGEMENT

AREA DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	FONTE
		Redazione di una FMEA per Area	RESPONSABILE QUALITA' E RISK MANAGEMENT	5	>=1 per Area	QUALITA' E RISK MANAGEMENT
AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire la partecipazione ai corsi di formazione per le infezioni ospedaliere di cui al PNRR M6C2 2.2 b)	% di partecipanti al corso infezioni ospedaliere del PNRR M6C2 2.2 b)	DIPARTIMENTO DHT -DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO	100%	95%	FORMAZIONE - DIPARTIMENTO DHT -DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO

OBIETTIVI STRATEGICI – DIMENSIONE ECONOMICA

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	FONTE
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa	FARMACIA TERRITORIALE	- 14,43% (dato al 31/12/2024)	RISPETTO DEL TARGET DEFINITO DALLA RAS	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire la razionalizzazione della spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui alla Legge di bilancio	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	Δ 2024/2023 Senza ossigeno e farmaci ad alto costo: -1% Δ 2024/2023 con ossigeno e farmaci ad alto costo: +3%)	RISPETTO DEL TARGET DEFINITO DALLA RAS	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire la razionalizzazione della spesa farmaceutica	Spesa per acquisti diretti di farmaci non aggiudicati in gara >= al 5% della spesa aziendale per acquisti diretti	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	n.d	5%	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Farmaci non inseriti in PTR - Report trimestrale dei fuori prontuario con l'elenco delle richieste motivate personalizzate (RMP) autorizzate dalla Direzione Sanitaria	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	4	Report Trimestrale dei fuori prontuario	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Nota 100 AIFA -Monitorare le prescrizioni della Nota 100 AIFA ai fini della verifica che almeno l'80% dei pazienti sia stato trattato, in prima linea con metformina per un tempo congruo alla valutazione dell'efficacia del trattamento	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	90,01%	80% pazienti	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Nota 98 AIFA - per il trattamento della degenerazione maculare legata all'età deve essere privilegiato l'uso del medicinale economicamente più vantaggioso , fatta salva la necessaria appropriatezza delle prescrizioni mediche	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	80%	70% di prescrizioni e somministrazione economicamente più vantaggiosa	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Chiusura delle schede registri entro 60 giorni dalla fine del trattamento	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	100%	95% delle schede chiuse	SISAR AMC - REPORT MARNO
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti	Report trimestrale di monitoraggio del profilo prescrittivo dei MMG,PLS, SPECIALISTI e OSPEDALIERI e verifica richieste fuori prontuario regionale per i medici prescrittori aziendali	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	4	report trimestrale	REPORT MARNO

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	Fonte
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire la gestione del Ciclo della Performance aziendale	Definizione del Piano Integrato di Organizzazione e delle Attività (PIAO) entro i termini definiti dalla normativa	STAFF DIREZIONE GENERALE - DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	PIAO adottato con Delibera del DG n. 30 del 27/01/2025 integrata con Delib.del DG n. 44 del 31/01/2025	Predisposizione del PIAO entro i termini previsti dalla normativa di riferimento	STAFF DIREZIONE GENERALE
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il contenimento della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa e protesica	Monitoraggio della spesa per assistenza integrativa e protesica per il raggiungimento del valore target definito nella voce di CE	DISTRETTI	4	Target definito nella voce di CE previsionale	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Promozione e incremento dell'uso in ambito ospedaliero dell'eritropoietina biosimilare	% di utilizzo biosimilare versus branded	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE DIRETTORI STRUTTURE OSPEDALIERE	95,66% biosimilare 4,33 branded	60%	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire la vigilanza delle farmacie aperte al pubblico e controllo delle convenzione farmaceutiche;	N° verbali di ispezione; N° verbali di Commissione Tecnica Aziendale	FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE DIRETTORI STRUTTURE OSPEDALIERE	N.5 verbali di ispezione N.3 Verbali di Commissione Tecnica Aziendale	100% Ispezioni programmate	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento dei debiti commerciali come disposto dall'articolo 1, comma 865 della legge 145/2018 al fine di ridurre gli interessi di mora	Tempo medio di pagamento <= 60gg	AREA ECONOMICO FINANZIARIA	41,07	<= 60gg*	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Numero medio di giornate di ritardo	AREA ECONOMICO FINANZIARIA	-22,01	0*	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il monitoraggio trimestrale del volumi di attività e dei costi per C.D.R.	Monitoraggio volumi di attività/costi per CDR	AREA DATA MANAGEMENT- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	report trimestrali di controllo	report trimestrali di controllo	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il controllo di tutte le macro-autorizzazioni di spesa per ogni ufficio autorizzativo nell'ambito del Budget Autorizzativo	Monitoraggio macro-autorizzazione di spesa	AREA DATA MANAGEMENT- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	report trimestrali di controllo	report trimestrali di controllo	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	AREA TECNICA	100% target previsti per l'anno in corso	100% target previsti per l'anno in corso	SISAR ATTI

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	FONTE
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto dei termini nella presentazione dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei collegi sindacali	N° documenti approvati entro i termini/N°totale di documenti da approvare	AREA DATA MANAGEMENT- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO- AREA ECONOMICO FINANZIARIA	Documenti di programmazione adottati con Delibera del DG n.965 del 12/11/2024	Entro il 15 novembre	SISAR ATTI
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) e minimizzare i costi di produzione	Pareggio di bilancio di previsione	DIREZIONE GENERALE	Ricavi = costi	Ricavi = costi	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire la regolamentazione e l'attuazione dei processi organizzativi funzionali alle scelte strategiche aziendali	% di incarichi professionali graduati e attribuiti al personale dirigenziale con avviso di selezione	SC AA.GG.CAPITALE UMANO	100% Dirigenza avviso di selezione ff	100% Dirigenza	SISAR ATTI - SISAR HR
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		% di incarichi professionale graduati a attribuiti al personale del comparto con avviso di selezione	SC AA.GG.CAPITALE UMANO	100%	100% Comparto	SISAR ATTI - SISAR HR
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire la verifica delle scritture contabili al fine della corretta alimentazione dei conti CO.GE e dell'uso della "Chiave Contabile"	Verifica della corretta attribuzione del personale al C.d.R	AREA DATA MANAGEMENT PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100%	100% C.d.R	SISAR AMC
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI E DELL'EFFICIENZA ENERGETICA	Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso investimenti per il rinnovo di impianti ed apparecchiature ad alta efficienza energetica e per l'installazione di impianti fotovoltaici;	Adozione del Piano delle opere pubbliche e del Piano triennale degli investimenti	AREA TECNICA	Entro il 15 novembre	Entro il 15 novembre	SISAR ATTI
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI E DELL'EFFICIENZA ENERGETICA		Numero di impianti installati per incrementare la quota di energia prodotta da fonte FV presso le strutture aziendali	AREA TECNICA	5	8	FLUSSI INFORMATIVI AREA TECNICA
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI E DELL'EFFICIENZA ENERGETICA		Numero di apparecchi luminosi dotati di tecnologia Led sostituiti nei presidi ospedalieri/Numero totale di corpi illuminanti con lampade a vapori di sodio presenti nei presidi ospedalieri *100	AREA TECNICA	20%	60%	FLUSSI INFORMATIVI AREA TECNICA

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	FONTE
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI E DELL'EFFICIENZA ENERGETICA		Numero di sistemi di regolazione di tensione, power quality, protezione sovratensioni e rifasatori installati nelle strutture aziendaliNumero totale di strutture aziendali *100	AREA TECNICA	20%	60% UU.OO PRESIDI	FLUSSI INFORMATIVI AREA TECNICA

OBIETTIVI STRATEGICI – DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	Fonte
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la dematerializzazione nei processi amministrativi/sanitari attraverso il corretto utilizzo dei sistemi informatici (atti, protocollo, e-prescription...) in linea con le disposizioni nazionali, regionali e con i regolamenti	numero atti firmati digitalmente (delibere/determinazioni) in linea con i regolamenti / numero totale di atti pubblicati	DIREZIONE GENERALE	70%	100%	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promozione delle attività formative per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità tecniche e del benessere del personale.	N° eventi formativi effettuati/numero eventi formativi programmati*100	AREA FORMAZIONE	90% eventi formativi programmati	100% eventi formativi programmati	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.	Indice di gradimento medio	AREA QUALITA'	8,39	Indice di gradimento medio =>7	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere il benessere organizzativo dell'equipe al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno	Valore degli indicatori di benessere organizzativo	AREA RSPP - SORVEGLIANZA SANITARIA	n.d	Indice di benessere organizzativo medio =>70%	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere le attività formative per la valorizzazione delle competenze di leadership e le soft skill, necessarie per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto, le competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica e di quelle che caratterizzano tutti i processi di innovazione dell'azienda.	Numero ore di formazione sui temi della leadership e delle soft skills/anno	AREA FORMAZIONE	>=20 ore anno 2025	>=40 ore anno entro il triennio	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la promozione e il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool) nella popolazione giovanile e adulta	Numero di corsi realizzati/ numero totale dei corsi programmati	AREA FORMAZIONE - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - DSMD	60%	100%	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASELINE	TARGET	Fonte
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire l'attuazione dei processi connessi alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte strategiche aziendali	Predisposizione del PTFP entro i termini	AREA DATA MANAGEMENT PROGRAMMAZION E E CONTROLLO	Rispetto dei termini	Rispetto dei termini	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento attraverso l'uso di strumenti di HPM	Stratificazione della popolazione per profili di rischio	AREA DATA MANAGEMENT PROGRAMMAZION E E CONTROLLO- AREA TECNOLOGIA E TRANSAZIONE DIGITALE - DISTRETTI-	0	Entro il triennio	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione del Capitale Umano	Numero di corsi di sensibilizzazione sui temi del risparmio energetico realizzati/ numero totale dei corsi sui temi del risparmio energetico programmati	AREA TECNICA	0	100% eventi formativi programmati entro il triennio	FLUSSI INFORMATIVI AZIENDALI
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire il rispetto delle milestone del PNRR	PNRR -M1C1-1-4- PAGO PA AVVIO DI TUTTE LE ATTIVITA' DI GESTIONE PAGO PA	TECNOLOGIE E TRANSIZIONE DIGITALE		100% target previsti per il triennio	PNRR
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Potenziamento del servizio psicologico Psicosmart con l'obiettivo di offrire uno spazio di sostegno e confronto ai dipendenti dell'Azienda (sia sanitari che non) e rafforzare le competenze necessarie ad aumentare la resilienza del lavoratore, così da ridurre lo stress lavoro correlato, il rischio di burnout e aumentare la capacità di affrontarli efficacemente nel caso in cui dovessero verificarsi.	% di accessi presi in carico	PSICOLOGIA CURE PRIMARIE	0	100% entro il triennio	PSICOLOGIA CURE PRIMARIE

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	BASLINE	TARGET	Fonte
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Sviluppare interventi rivolti a gruppi di lavoratori basati sull'applicazione di tecniche specifiche tra cui: - Mindfulness: esercitazioni pratiche tratte dalla metodologia Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) o dalla Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness (MBCT); - Training autogeno; - Tecniche di immaginazione guidata. Con l'obiettivo di auspicare una riduzione significativa della percezione soggettiva di disagio da parte dei lavoratori, una riduzione delle richieste di trasferimento, malattia, ferie e infine un miglioramento della consapevolezza degli strumenti individuali di fronteggiamento degli eventi stressanti.	% di assenze; riduzione delle richieste di trasferimenti; riduzione delle giornate di malattia	PSICOLOGIA CURE PRIMARIE	0	Entro il triennio riduzione del 10%	PSICOLOGIA CURE PRIMARIE
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro per stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, con la finalità di incrementare la produttività e al contempo favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e accrescere il benessere organizzativo;	% di lavoratori agili effettivi	SC.AA.GG. CAPITALE UMANO	Comparto: 0,65% - Dirigenza: 0,86%	100% dei richiedenti compatibilmente e con l'organizzazione aziendale	SC.AA.GG. CAPITALE UMANO
			% di obiettivi individuali raggiunti		100%	100%	
			% giornate lavoro agile		Comparto: 16,07% - Dirigenza: 27,20%	Comparto: 20% - Dirigenza: 30%	
			Livello di soddisfazione di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti			BUONO	

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Il PNE rappresenta, ormai da tempo, molto più di un semplice sistema di monitoraggio: è diventato uno degli strumenti strategici di governance del nostro SSN. Il PNE rinnova il suo impegno nel misurare e raccontare la qualità dell'assistenza erogata in Italia, offrendo a cittadini, operatori, istituzioni e decisori pubblici una fotografia sempre più chiara e utile per orientare le politiche sanitarie. Esso rappresenta uno strumento concreto di miglioramento, mettendo a disposizione di policy maker, manager e professionisti sanitari strumenti e metodologie per intraprendere percorsi virtuosi.

Sul fronte della valutazione delle procedure chirurgiche tempo-dipendenti, la storia di questi ultimi anni offre interessanti elementi di riflessione in merito all'efficacia dei sistemi di monitoraggio e alla loro reale capacità di incidere sull'evoluzione dei processi assistenziali. L'introduzione delle soglie del DM 70/2015 ha portato a considerare con particolare attenzione due ambiti chirurgici in cui il timing si dimostra in grado di condizionare pesantemente gli esiti delle cure.

Uno di questi è rappresentato dalla chirurgia per frattura del collo del femore in pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Le indicazioni di buona pratica raccomandano il ricorso all'intervento entro 48 ore, dopo rapida stabilizzazione di eventuali patologie associate in fase di squilibrio acuto, dal momento che un allungamento dei tempi di attesa preoperatoria determina aumenti significativi della degenza ospedaliera, della morbosità (lesioni da decubito, polmoniti, complicanze tromboemboliche) e della mortalità. Rispetto a tale ambito, il DM 70/2015 ha previsto per le strutture ospedaliere il rispetto della tempistica delle 48 ore in almeno il 60% della casistica trattata annualmente. Fino al 2020, ai fini del calcolo dell'indicatore PNE veniva considerato l'intervallo temporale dei 2 giorni dall'arrivo in ospedale, come migliore approssimazione al riferimento delle 48 ore, a causa dell'indisponibilità della variabile "ora ricovero" nel vecchio tracciato della SDO. Alle condizioni date, l'analisi del trend relativo al periodo 2015-19 aveva fatto registrare un incremento della proporzione di pazienti ultrasessantacinquenni operati "tempestivamente", con valore mediano della distribuzione degli ospedali italiani pari al 70% nel 2019, rispetto al 60% nel 2015. Tuttavia, a partire dal 2020 si è reso disponibile nell'ambito del PNE un nuovo indicatore, molto più preciso del precedente in quanto calcolato in ore (e non più in giorni), e il quadro è apparso subito peggiore rispetto a quanto emerso fino a quel momento. La proporzione mediana, che era del 67% quando veniva misurata sui 2 giorni, scendeva al 52% se calcolata sulle 48 ore. Negli ultimi anni, l'indicatore ha documentato una ripresa del trend positivo, e nel 2024 il valore mediano è tornato a superare la soglia del 60%.

Una dinamica ancor più accentuata si è registrata appannaggio dell'altro indicatore PNE relativo alla PTCA eseguita entro 90' dall'arrivo in ospedale su pazienti con STEMI. Fino al 2019, anche questo indicatore era calcolato in giorni, mentre a partire dall'anno seguente è stato possibile effettuare la misurazione in minuti, con una differenza molto marcata tra le due modalità di calcolo: nel 2020, la proporzione di pazienti trattati "tempestivamente" era dell'82% secondo la modalità di calcolo in giorni (era stata del 77% nel 2015), mentre scendeva al 57% secondo la modalità in minuti.

Particolare attenzione sul versante dell'appropriatezza clinica viene riservata all'area materno-infantile, e nello specifico alla proporzione di tagli cesarei primari, con soglie diversificate in base al volume di parti dei centri nascita: 25% per le maternità con almeno 1.000 parti/anno e 15% per quelle con volumi inferiori a 1000.

Un aspetto rilevante dell'assistenza ospedaliera è rappresentato dalla necessità di garantire la sicurezza del paziente, puntando a ridurre il più possibile i tempi di permanenza in ospedale, e al tempo stesso aumentare l'efficienza organizzativa, attraverso il trasferimento di quote di casistica dal regime ordinario verso setting caratterizzati da una minore intensità di cura. Rispetto a tali specifiche tematiche, il PNE si è focalizzato negli anni soprattutto sulla chirurgia mininvasiva.

a bassa complessità, con particolare riferimento agli interventi di colecistectomia laparoscopica. L’analisi dei dati mostra come sia cresciuta negli ultimi dieci anni la proporzione di ricoveri in day surgery.

Sono trascorsi dieci anni dall’entrata in vigore del DM 70/2015, una norma che ha avuto il merito di introdurre a livello nazionale standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, per la riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera nel segno della qualità e della sicurezza delle cure. Il PNE è cresciuto insieme al SSN. Gli indicatori sono oggi più numerosi, precisi e prossimi alla realtà operativa: consentono di analizzare non solo le strutture e le unità operative, ma anche i processi e gli esiti delle cure. Questa maggiore capacità di analisi permette di individuare le criticità e valorizzare le buone pratiche presenti. La tabella seguente mostra il trend degli indicatori PNE riferibili alla Asl Gallura:

INDICATORI PNE ASL GALLURA							
INDICATORE	SEDE	TARGET NAZIONALE	2025 (GEN-SETT)	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
Percentuale parti cesarei primari (PCP)	OLBIA	20%	38,66%	28,81%	31,69%	27,61%	-9,09%
Intervento chirurgico entro 2 giorni su persone con fratture del femore di età >= 65 anni	OLBIA	70%	39,15%	50,00%	60,18%	62,07%	-16,92%
	TEMPIO		0%	0%	42,86%	42,19%	-100,00%
Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	OLBIA	90%	70,70%	68,54%	64,35%	51,44%	6,51%
Proporzione di STEMI con PTCA entro 90 minuti	OLBIA	90%	73,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	OLBIA	70%	61,70%	64,42%	67,33%	75,73%	-4,32%
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	OLBIA	30% aziendale	2,13%	0,96%	0,99%	2,91%	-2,83%
DRG a rischio inappropriatezza in DO	ASL GALLURA	<=20%	8,57%	9,55%	8,79%	7,,84%	8,65%

Il Nuovo Sistema di Garanzia.

Il NSG è uno strumento operativo dal 1° gennaio 2020 che grazie all'entrata in vigore del DM 12 marzo 2019, aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000 e rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, inoltre sostituisce la cosiddetta "Griglia LEA", in vigore fino al 2019. La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree di assistenza (ospedale, distretto, prevenzione) e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori core (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento). I restanti 66 indicatori non sono stati però utilizzati per le sperimentazioni.

I 22 indicatori core sono così suddivisi:

- **sei per l'area della prevenzione** (copertura vaccinale pediatrica a 24 mesi per esavalente e MPR, controllo animali e alimenti, stili di vita, screening oncologici);
- **nove per l'attività distrettuale** (tasso di ospedalizzazione di adulti per diabete, Bpco e scompenso cardiaco e tasso di ospedalizzazione di minori per asma e gastroenterite, intervallo chiamata-arrivo mezzi di soccorso, tempi d'attesa, consumo di antibiotici, percentuale re-ricoveri in psichiatria, numero decessi da tumore assistiti da cure palliative, anziani non autosufficienti nelle RSA);
- **sei per l'attività ospedaliera** (tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente, interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui, ricoveri a rischio inappropriatezza, quota di colecistectomie con degenza inferiore ai 3 giorni, over 65 operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei in strutture con più e meno di 1000 parti l'anno).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Assistenza ospedaliera			2024	2023	2022	Valori Soglia/Target	Riferimenti normativi	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.</i>	56,75	57,80	55,46	160/1000 abitanti	Legge n.135 del 7 agosto 2012 Patto della Salute	Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	160/1000 abitanti (si riferisce al tasso di ospedalizzazione) il numero di ricoveri (in questo caso 160) ogni 1.000 residenti in un anno, ed è un indicatore chiave della programmazione sanitaria in Italia, insieme agli standard dei posti letto ospedalieri (3,7 posti letto per 1.000 abitanti)
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.	<i>Indicatore che fornisce informazioni sulla proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti il cui volume di attività è predittivo di maggiore efficacia e sicurezza delle procedure chirurgiche.</i>	N.D.	N.D.	N.D.	Valore minimo – valore massimo: 0% – 100%	(Intesa Stato-Regioni 18 dicembre 2014, D.M. 2 aprile 2015, n.70)	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività ≤ 10 interventi annui (150 interventi con 10% tolleranza). Verso dell'indicatore: all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA. 150 (con 10% tolleranza)	Fasce di valutazione: < 60: Insufficiente (evidenziato in rosso nei report ministeriali) 60 - 79: Livello medio di adempienza ≥ 80: Livello di eccellenza o alta adempienza.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	<i>Indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.</i>	9,75%	8,76%	7,84%	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione dell'ultimo anno disponibile.	Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009, Allegato B	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	Mediana (valore normale): È il valore centrale di un insieme di dati ordinati; il 50% dei valori è al di sopra e il 50% è al di sotto. Indica il livello tipico. Terzo Quartile (Q3): È il valore che segna il 75° percentile. Il 25% dei valori più alti si trova sopra questo punto. Viene usato come soglia per definire "l'area dello scostamento" (superiore), permettendo di identificare punteggi che superano il valore tipico di un quarto delle distribuzioni regionali.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	<i>Indicatore che misura la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-</i>	65,45%	67,33%	75,96%	Minimo 70%	D.M. 2 aprile 2015, n.70	Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	Fasce di valutazione: < 60: Insufficiente (evidenziato in rosso nei report ministeriali) 60 - 79: Livello medio di adempienza ≥ 80: Livello di eccellenza o alta adempienza.

Assistenza ospedaliera			2024	2023	2022	Valori Soglia/Target	Riferimenti normativi	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
		<i>operatoria è considerata appropriata.</i>						Valore minimo - Valore massimo: 0 - 100	
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	<i>Indicatore che valuta la capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore.</i>	54,65%	60,18%	57,46%	Minimo 60%	Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015		Fasce di valutazione: < 60: Insufficiente (evidenziato in rosso nei report ministeriali) 60 - 79: Livello medio di adempienza ≥ 80: Livello di eccellenza o alta adempienza.
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.	<i>Indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza.</i>	28,00%	31,91%	28,00%	La soglia di rischio di esito: massimo il 15%	Il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA Valore minimo - Valore massimo: 0 - 100	Fasce di valutazione: < 60: Insufficiente (evidenziato in rosso nei report ministeriali) 60 - 79: Livello medio di adempienza ≥ 80: Livello di eccellenza o alta adempienza.
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥1.000 parti.		N.D.	N.D.	N.D.	La soglia di rischio di esito: massimo il 25%	Il Decreto Ministeriale n.70 del 02 aprile 2015 riporta la soglia di rischio di esito	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA Valore minimo - Valore massimo: 0 - 100	Fasce di valutazione: < 60: Insufficiente (evidenziato in rosso nei report ministeriali) 60 - 79: Livello medio di adempienza ≥ 80: Livello di eccellenza o alta adempienza.

AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Prevenzione collettiva e sanità pubblica			2024	2023	2022	Valori Soglia/Target	Riferimenti	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica.	96%	95%	76%	La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%	Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva" (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000"; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014"; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" - G.U. Serie Generale , n. 130 del 07 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 - GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017; Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale	Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA.	Anagrafe Vaccinale Nazionale
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)		95%	94%	85%	La soglia deve tendere ad un valore superiore al 95%	Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000; DM n. 5 del 7 aprile 1999 "Nuovo calendario per le vaccinazioni in età evolutiva" (G.U. n. 87 del 15 aprile 1999); Accordo Stato-Regioni del 18 giugno 1999 "Piano nazionale vaccini 1999-2000"; Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 ed il DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria; Accordo Stato-Regioni del 13 novembre 2003 sul "Piano Nazionale per	Mancata alimentazione dell'AVN da parte delle regioni/PP.AA	

Prevenzione collettiva e sanità pubblica			2024	2023	2022	Valori Soglia/Target	Riferimenti	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
							l'Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita"; Accordo Stato-Regioni del 3 marzo 2005, concernente il Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007 - G.U. Serie Generale n. 86 del 14 aprile 2005); Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2011 sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015"; Intesa del 22 febbraio 2012 sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014"; Intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017, concernente il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 - G.U. Serie Generale n. 41 del 18 febbraio 2017); Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" - G.U. Serie Generale , n. 130 del 07 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119 - GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017; Decreto del Ministero della salute del 17 settembre 2018, pubblicato nella G.U. n. 257 del 2018, di istituzione e disciplina dell'anagrafe nazionale.		
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	<i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:</i> - la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento, - il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco	N.D	N.D	N.D	La soglia è il 100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale.	Regolamento CE 1082/2003, Reg. CE 1034/2010 Reg. CE 1760/2000. Reg. CE 1505/2006. D.Lgs. 26/10/2010 n. 200. Decreto MIPAAF del 5 maggio 2006 - Nota DGSAF n. 14396 del 23/11/2007. D.M.4 dicembre 2009, D.M. 11 agosto 2014. Circolare Ministero della salute 2/2/2000 n. 3 e succ. modifiche; D.Lvo 90/93; Decisione 2001/9/CE; Regolamento (CE) n. 183/2005. D.Lvo 6 aprile 2006, n. 193, DM 14/5/2009 e nota DGSAF 13986 del 15/7/2013.	Sotto il 70% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute.	Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: - aziende bovine controllate per anagrafe: 90% - aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% - capi ovicapri controllati per anagrafe: 90% - aziende suine controllate per anagrafe: 90% - aziende equine controllate per anagrafe: 60% - allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% -

Prevenzione collettiva e sanità pubblica			2024	2023	2022	Valori Soglia/Target	Riferimenti	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
		<i>veterinario, - il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.</i>							esecuzione del PNAA: 90% - controlli di farmacosorveglianza veterinaria: nessuna
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	<i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.</i>	90%	83%	100%	Il valore a cui tendere è 100%, tuttavia, considerato che le regioni possono legittimamente superare i valori minimi fissati dalla norma per rispondere ad esigenze locali di controllo (attività extrapiano, controlli accresciuti, ecc...), occorre considerare convenzionalmente come 100% anche i valori che superano tale percentuale	Piano Nazionale Residui - D. Lgs. 158/2006; Dir. 96/23/CE; Controlli ufficiali sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale - DM 23 dicembre 1992 – Regolamento N 396/2005; Piano Nazionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari -Reg. (CE) n. 1333/2008; Reg. (UE) n. 1129/2011; Reg. (UE) n. 1130/2011; Reg. (UE) n. 231/2012.	Sotto l'80% il livello di copertura è gravemente insufficiente, ovvero non in grado di far fronte alle minime esigenze operative per la gestione dei rischi diretti e/o indiretti per la salute	Le soglie di inaccettabilità sono le seguenti: Scheda Indicatore P12Z Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica • PNR: 90% • controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 90% • controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari: 90%
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	<i>Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.</i>	24,978	15,553	5,767	L'indicatore P15C (a, b, c) — che misura la copertura da esami di screening oncologico di primo livello nei programmi organizzati — sono definiti come ≥ 50 % come valore ottimale e ≥ 25 % come soglia minima accettabile.	I valori soglia sono definiti a partire dai livelli di adesione ritenuti accettabili o auspicabili dalle Linee Guida Europee (EU: European guidelines for quality assurance in breast / cervical/ colorectal cancer screening and diagnosis)		screening cervice : tasso adesione reale >=38% ; screening colon rettale : tasso adesione reale >=25%; screening mammografico: tasso adesione reale >=35%

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Assistenza distrettuale			2024	2023	2022	Valori Soglia	Riferimenti normativi	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.</i>	413,33	447,0	402,6	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento	Nessun riferimento normativo*	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	Mediana (valore normale): È il valore centrale di un insieme di dati ordinati; il 50% dei valori è al di sopra e il 50% è al di sotto. Indica il livello tipico. Terzo Quartile (Q3): È il valore che segna il 75° percentile. Il 25% dei valori più alti si trova sopra questo punto. Viene usato come soglia per definire "l'area dello scostamento" (superiore), permettendo di identificare punteggi che superano il valore tipico di un quarto delle distribuzioni regionali.
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di</i>	155,1	135,2	52,1	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento	Nessun riferimento normativo*	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	Mediana (valore normale): È il valore centrale di un insieme di dati ordinati; il 50% dei valori è al di sopra e il 50% è al di sotto. Indica il livello tipico. Terzo Quartile (Q3): È il valore che segna il 75° percentile. Il 25% dei valori più alti si trova sopra questo punto. Viene usato come soglia per definire "l'area dello scostamento" (superiore), permettendo di identificare punteggi che superano il valore tipico di un quarto delle distribuzioni regionali.
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<i>L'indicatore monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza; esso valuta la performance del sistema "118", permettendo di misurare l'efficienza di un sistema di emergenza sanitaria territoriale.</i>	19.00	18.00	N.D.	Il 3° quartile della distribuzione relativa all'anno di riferimento degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto	La risposta entro l'ottavo minuto nelle missioni considerate di massima criticità (codice rosso) è lo standard internazionalmente approvato per la valutazione dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale in ambito urbano		Terzo Quartile (Q3): È il valore che segna il 75° percentile. Il 25% dei valori più alti si trova sopra questo punto. Viene usato come soglia per definire "l'area dello scostamento" (superiore), permettendo di identificare punteggi che superano il valore tipico di un quarto delle distribuzioni regionali.
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	<i>L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire</i>	18,50%	18,29%	21,24%	La soglia non deve essere inferiore al 60% e deve tendere ad un valore superiore al 90%	Piano di governo delle liste di attesa - Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa		

Assistenza distrettuale			2024	2023	2022	Valori Soglia	Riferimenti normativi	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella / traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo.	5477,91	2906,73	4004,84	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	*Nessun riferimento normativo. Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	Poiché il consumo potrebbe essere maggiore nelle aree con maggiore frequenza di patologia (o di patologia cronica), l'indicatore potrebbe essere corretto per un indicatore generale dello stato di salute (ad esempio: mortalità generale, mortalità per un insieme di patologie considerate croniche).	*Referenti istituzionali e tecnici delle Regioni, con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca scientifica.
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Indicatore composito che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3).	CIA 1 - 2,28 CIA 2 - 0,28 CIA 3 - 2,06	CIA 1 - 2,54 CIA 2 - 0,43 CIA 3 - 2,18	CIA 1 - 2,27 CIA 2 - 0,40 CIA 3 - 2,33	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Nessun riferimento normativo*	Verso dell'indicatore: crescente. All'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA	*Referenti istituzionali e tecnici delle Regioni, con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca scientifica.
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	Indicatori proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	2,49%	6,33%	7,45%	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Nessun riferimento normativo*		*Referenti istituzionali e tecnici delle Regioni, con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca scientifica.

Assistenza distrettuale			2024	2023	2022	Valori Soglia	Riferimenti normativi	Note e criticità	Note Esplicative
ID	Indicatore	Significato							
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	<i>Indicatore per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali.</i>	55,00%	60,00%	3,00%	Valore > 35%	Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" D.M. 2 febbraio 2007, n. 43: Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione della Legge 30 dicembre 2004, n. 311"		
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	<i>Indicatori che forniscono informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extraospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.</i>	9,83	7,43	8,1	La soglia verrà determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento	Nessun riferimento normativo*		*Referenti istituzionali e tecnici delle Regioni, con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca scientifica.