

**Relazione sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei
controlli interni, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a),
del Decreto Legislativo n. 150/2009**

Anno 2025

INDICE

Sommario

Premessa	3
A. Performance organizzativa.....	3
B. Performance individuale	3
C. Processo di attuazione del ciclo della performance.....	6
D. Infrastruttura di supporto	6
E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione.....	7
F. Definizione e gestione degli standard di qualità	7
G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione.....	7
H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV	8
I. Allegato1 Dettaglio obiettivi e risultati attesi Performance organizzativa	9

Premessa

L’Azienda socio-sanitaria locale di Sassari è stata istituita ai sensi dell’art.9 della L.R. n°24/2020 ed è attiva dal 1° gennaio 2022, a seguito del completamento del processo di riforma in applicazione della succitata Legge Regionale, con la quale è stata ridefinita l’organizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Con la Deliberazione della Giunta Regionale n.46/23 del 25 novembre 2021 è stata costituita l’Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 1 di Sassari a far data dal 1° gennaio 2022.

L’Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, con propria personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l’assistenza distrettuale e l’assistenza ospedaliera, salvo quanto disposto dalla LR 24/2020 in ordine agli altri enti previsti dall’articolo 2 della medesima Legge.

L’ASL n.1 di Sassari ha adottato definitivamente con Delibera n. 271 del 28/02/2024 il proprio atto aziendale.

L’Organismo Indipendente di Valutazione della ASL1 di Sassari è stato nominato con Delibera del Direttore Generale n.386 del 29.07.2022 a decorrere dal 01.08.2022.

A. Performance organizzativa

Gli obiettivi strategici e operativi 2024

La performance organizzativa annuale è uno degli elementi principali del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 31/01/2024 e ss.mm.ii. dell’Azienda Sanitaria Locale – ASL n°1 di Sassari ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità; è riferita sia all’Azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

Il dettaglio degli obiettivi di performance e i risultati attesi sono riassunti nell’Allegato 1 alla presente relazione.

B. Performance individuale

In base alla Deliberazione del Direttore Generale n.460 del 27/03/2024 avente per oggetto “Adozione del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (SMVP)”, è stato adottato il Sistema misurazione e valutazione della Performance.

La performance individuale è l’insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall’individuo che opera nelle strutture dell’azienda.

Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

- evidenziare l’importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell’azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
- valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;

- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 150/2009, la valutazione individuale è legata alle seguenti dimensioni di valutazione e si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda.

Le dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- Risultati: riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Programma Sanitario Triennale e nel Piano delle Performance;
- Comportamenti: sono le azioni che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attengono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

Per i **dirigenti e responsabili di Dipartimento o di SC/SSD** la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi alla macrostruttura di riferimento;
- b) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo della struttura di appartenenza;
- c) alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance;
- d) alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- e) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Per i **dirigenti e responsabili di SS** la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo della struttura di appartenenza;
- b) alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- c) alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance Dipartimento.

Per il **restante personale** la valutazione è legata:

- a) qualità del contributo per il conseguimento degli obiettivi della struttura di appartenenza o eventuali obiettivi individuali alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.
- b) alle competenze manageriali, professionali e ai comportamenti organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa sono in corso di inserimento nel sistema di valutazione GURU in modo di assicurare la coerenza temporale fra le valutazioni.

Nel corso del 2024 sono stati assegnati obiettivi individuali specifici. Nella tabella che segue sono riportati gli elementi che compongono la scheda di valutazione con l'indicazione delle dimensioni tenute in considerazione ai fini della valutazione della performance individuale e quali siano i relativi pesi. Il peso attribuito alle dimensioni della performance individuale varia in relazione alle attività e responsabilità assegnate all'individuo, ossia con il suo ruolo all'interno della struttura organizzativa.

DIMENSIONE DI VALUTAZIONE	DIRETTORE DIPARTIMENTO	DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA E SSD	DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE	DIRIGENTI	INCARICO PROFESSIONALE/ORGANIZZAZIONE	COMPARTO DS / D / C	COMPARTO B / BS / A
Obiettivi macrostruttura	20%	10%					
Obiettivi della struttura di appartenenza	40%	50%	60%				
Qualità del contributo per il conseguimento degli obiettivi della struttura di appartenenza o eventuali obiettivi individuali				50%	40%	30%	20%
Capacità di valutazione dei propri collaboratori	5%	5%					
Capacità di rispettare i tempi del Ciclo della Performance	5%	5%					
Competenze professionali e manageriali	15%	15%	30%	30%	30%	40%	30%
Comportamenti organizzativi	15%	15%	10%	20%	30%	30%	50%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il Regolamento aziendale inerente il “Sistema di valutazione delle performance”, adottato il 27/04/2024, citato nel precedente paragrafo, prevede le fasi del ciclo di gestione delle performance (art.4 del D.lgs .150/2009) illustrate sinteticamente nella seguente tabella.

LE FASI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE (AI SENSI DELL'ART. 4 DEL DLGS 150/2009)	LE FASI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	TEMPI
Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei target e dei rispettivi indicatori.	Pianificazione strategica	Entro il 15 novembre viene predisposto il Piano sanitario triennale e annuale; Il Bilancio di previsione pluriennale e annuale.
		Entro il 31 gennaio viene approvato il Piano delle Performance
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	Piani Operativi e Budget	Entro il 01 Marzo vengono negoziati e assegnate le schede di budget
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi.	Misurazione e Monitoraggio	Il Direttore della struttura illustra gli obiettivi attribuiti alla struttura e in seguito può attribuire eventuali obiettivi individuali e/o d'équipe che devono risultare da apposito verbale e li comunica alla STP di riferimento; qualora non vengano assegnati obiettivi individuali si utilizzano i risultati di performance organizzativa ai fini della valutazione individuale.
		La STP nell'anno in corso effettua il monitoraggio degli obiettivi e apporta eventuali correttivi.
Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa e Individuale	Valutazione	Entro il 30 aprile dell'anno successivo viene chiusa la fase di Valutazione Performance organizzativa
		Dal 1 maggio al 31 maggio dell'anno successivo si effettuano le valutazioni individuali.
		Entro il 31 maggio dell'anno successivo la STP chiude la fase di Valutazione della Performance individuale.
Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico amministrativo, alla Direzione Aziendale, ai cittadini, agli utenti e ai destinatari dei servizi.	Rendicontazione interna ed esterna	Entro il 30 Giugno dell'anno successivo la STP definisce e adotta la Relazione sulla Performance a norma dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009
Utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valutazione del merito	Valutazione ed utilizzo dei Sistemi Premianti	Entro il 31 agosto anno successivo viene trasmesso l'esito finale delle valutazioni al Servizio Personale

A febbraio 2024 è stato avviato il ciclo di Performance con la condivisione delle schede di budget 2024 con i Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, inviate dal Direttore della SC Programmazione e Controllo, in accordo con la Direzione Aziendale.

Le fasi di monitoraggio sono state predisposte ed effettuate nel secondo semestre 2024.

D. Infrastruttura di supporto

L'attività di valutazione annuale sarà effettuata attraverso l'applicativo G.U.R.U. che è un sistema software HRMS (Human Resource Management System) basato su architettura web accessibile attraverso la intranet aziendale. L'accesso al sistema è regolato attraverso un meccanismo basato su

utenti, profili e permessi, e ogni utente che accede all'applicazione ha un profilo che determina i permessi di eseguire o meno le varie funzioni.

L'attività di valutazione sul sistema G.U.R.U. è articolata in quattro fasi:

CO-VALUTAZIONE: il co-valutatore nei casi in cui è previsto esprime le valutazioni sugli item della scheda; nei casi in cui non è previsto il co-valutatore, la fase di co-valutazione non verrà effettuata ed il processo partirà direttamente con la fase di Valutazione.

VALUTAZIONE: il valutatore, una volta chiusa la fase di co-valutazione, ove prevista, indica l'eventuale persona di supporto alla valutazione e successivamente esprime la valutazione sugli item di scheda.

COMMENTI DEL VALUTATO: il valutato prende visione della valutazione espressa nella scheda di valutazione e può esprimere un commento alla valutazione in un'apposita sezione della scheda di valutazione stessa.

COLLOQUIO: il valutatore, nella fase di colloquio, può variare l'valutazione degli item della scheda nel caso in cui dal colloquio con il valutato siano emersi elementi rilevanti e significativi tali da apportare modifiche.

Al termine del processo di valutazione, il valutatore e il valutato firmano la scheda e il valutatore la invia al servizio personale in quanto le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale del dipendente sia ai fini giuslavoristici che ai fini gestionali.

E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Attualmente, come peraltro già evidenziato nella Relazione annuale del Responsabile PCT (<https://www.aslsassari.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione>), non è disponibile un sistema informativo e informatico a supporto dell'attuazione del Programma Triennale PCT.

I dati oggetto di pubblicazione sono periodicamente richiesti dal servizio RPCT alle varie strutture aziendali ed inseriti sul portale web istituzionale nella apposita sezione “Amministrazione Trasparente”. La modalità di trasmissione dei dati è telematica, tramite impiego di casella e-mail istituzionale rpct@aslsassari.it.

F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Sono in corso di definizione gli standard di qualità per la gestione aziendale, in particolare è in fase di finalizzazione il processo di accreditamento delle strutture aziendali, nuove e pre-esistenti.

G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

Il ciclo di Performance 2024 non si è ancora concluso, in quanto, così come descritto nel “Sistema misurazione e valutazione della Performance”, il termine ultimo coincide con il 30 giugno 2025, data in cui viene definita e adottata la Relazione sulla Performance 2024 a norma dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, per cui saranno pubblicati i risultati, per l'analisi comparativa.

H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

Il monitoraggio intermedio è stato realizzato nel secondo semestre 2024; a seguito di richiesta di motivazioni integrative riferite agli eventuali scostamenti, a dicembre 2024, è stata conclusa, ed è agli atti, la quadratura del monitoraggio intermedio.

Ai sensi del DL 80/2021 e successivo DM 30 giugno 2022, sarà effettuato, a cura dell'OIV, il monitoraggio triennale di PIAO, con riferimento al triennio 2022/2023/2024.

28 aprile 2025

Per l'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Presidente ing. Lisa Zanardo

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lisa Zanardo".

I. Allegato1 Dettaglio obiettivi e risultati attesi Performance organizzativa

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
ACCESSIBILITÀ'	CORRETTO UTILIZZO DEL SISTEMA SIO SO_WEB	RISPETTO DELLE PROCEDURE PER LA CORRETTA COMPILEDZIONE DELLE INFORMAZIONI DI BLOCCO OPERATORIO	SIO SO_WEB	1
ACCESSIBILITÀ'	MONITORARE, IN UN'OTTICA DI MIGLIORAMENTO CONTINUO, IL PROCESSO AUTORIZZATIVO DELL'ASSISTENZA PROTESICA IN AMBITO DISTRETTUALE: PER L'ANNO 2023 ASSICURARE L'ITER AUTORIZZATIVO, PER I DISPOSITIVI DI CUI ALL'ELENCO 1 DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO EX DM 332/99, ENTRO I 20 GIORNI DALLA REGISTRAZIONE DELLE RICHIESTE PER ALMENO IL 70% DELLE STESSE	% DELLE RICHIESTE DI AUSILI ELENCO 1 DM 332/99 AUTORIZZATE E/O NEGATE E EVENTUALI SUCCESSIVE INTEGRAZIONI ENTRO I 20 GIORNI DALLA DATA DI RICEZIONE	SISAR PROTESICA (REPORT 01C)	=>70 %
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE IL RISPETTO DEI TEMPI NELLA GESTIONE DELL'ATTIVITÀ RELATIVA A CERTIFICAZIONI, VISITE FISCALI E ALTRI ADEMPIMENTI PREVISTI DA NORME E REGOLAMENTI RIFERITI ALL'ATTIVITÀ MEDICO LEGALE DI COMPETENZA	NUMERO DI VISITE EFFETTUATE ENTRO 30 GIORNI/N° RICHIESTE PERVENUTE	REGISTRO AUTOPSIE	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE LA PRIORITÀ NELLE CONVOCAZIONI IN COMMISSIONE INVALIDI CIVILI DEGLI UTENTI ONCOLOGICI	NUMERO DI PRATICHE DI PZ ONCOLOGICI/NUMERO TOTALE DELLE PRATICHE DI PZ ONCOLOGICI GESTITI*100	SISAR	80,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE L'ATTUAZIONE DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO E DI REINGEGNERIZZAZIONE CONNESSI AI RIASSSETTI ORGANIZZATIVI E OPERATIVI	NUMERO DI VERIFICHE PER L'APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO DELLE COMMISSIONI MEDICHE PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ	REGOLAMENTO REGIONALE	N° 3 VERIFICHE
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE L'ESECUZIONE DEI RISCONTRI DIAGNOSTICI	NUMERO DI RISCONTRI DIAGNOSTICI ESEGUITI/NUMERO TOTALE DEI RISCONTRI DIAGNOSTICI RICHIESTI	REGISTRO AUTOPSIE	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE L'APPROPRIATEZZA IN PS	PZ CHE NON RISP A CHIAMATA/PZ TOTALI	EMUR	2,00%
EFFICIENZA	RIDUZIONE DEI DH MEDICI CON FINALITÀ DIAGNOSTICHE (SOLO REPARTI MEDICI)	N° RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITÀ DIAGNOSTICHE/N° RICOVERI DH MEDICO	ABACO	<2019
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE L'APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	% DIMISSIONI DA REPARTI CHIRURGICI CON DRG MEDICO IN REGIME ORDINARIO	ABACO	27,00%
ACCESSIBILITÀ'	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.	NUMERO PRESCRIZIONI 1° ACCESSO CON UBDP/TOTALE DELLE PRESCRIZIONI 1° ACCESSO *100	CUP WEB	90,00%
ACCESSIBILITÀ'	CONTROLLI RISTORAZIONE COLLETTIVA (SCOLASTICHE, OSPEDALIERE E DI ALTRE COLLETTIVITÀ) REG 852/04; 625/2017; D.LGS. 27/2021	NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI /NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI*100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	80% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2024
APPROPRIATEZZA CLINICA	CONTROLLO ACQUE MINERALI, DI SORGENTE E AD USI ALIMENTARI (CAMPIONAMENTI FINALIZZATI AL RICONOSCIMENTO ED ALL'AUTORIZZAZIONE E CONTROLLI	NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI /NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI*100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	80% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2024

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
	DELL'ACQUA IMBOTTIGLIATA IN COMMERCIO) D.LGS. 176/11 PROGRAMMAZIONE REGIONALE (PRIC-PRCUA) LEA			
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE I CONTROLLI UFFICIALI PRESSO GLI OPERATORI DI PRODUZIONE POST PRIMARIA	NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI / NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI *100	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	100,00%
TRASPARENZA	MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ REG 852/04 LR 24/2016LEA	NUMERO NOTIFICHE DUA ISTRUITE / NUMERO DI DUA TRASMESSE DAGLI OSA AL 30/09/24	DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	70,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE LA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO NEGLI STABILIMENTI RICONOSCIUTI	NUMERO DI STABILIMENTI CATEGORIZZATI 2023 / NUMERO TOTALE DI STABILIMENTI DA CATEGORIZZARE PROGRAMMATI 2023	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	33,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE L'ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI CONTROLLO UFFICIALE SULL'ALIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI (PRAA)	NUMERO DI CAMPIONI EFFETTUATI / NUMERO TOTALE DEI CAMPIONI PROGRAMMATI *100	DATI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	80% DEI CAMPIONAMENTI PROGRAMMATI PER IL 2022
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	CREAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE PER L'ASSISTENZA DEDICATA AI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE	INVIO ALL'EQUIPE DEDICATA PER GARANTIRE UN APPROPRIATO INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DI PAZIENTI IN CARICO ALLA SCHE PRESENTANO UN QUADRO CLINICO IN LINEA CON LA MISSION DELL'EQUIPE DEDICATA	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	CSM ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA CON L'ASSUNZIONE IN CURA O LA PRESA IN CARICO GLOBALE DEI PAZIENTI CHE RICHIEDONO PRESTAZIONE DA EFFETTUARSI AL MOMENTO DELLA RICHIESTA DI PRESTAZIONE (ACCESSO DIRETTO)	% PRESTAZIONI EROGATE SUL N° DI RICHIESTE	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	CSM-SERD CERTIFICAZIONI PER PATENTI, INVALIDITÀ CIVILE, SERVIZI ACCESSORI EXTRA LEA	% PRESTAZIONI EROGATE SUL N° DI RICHIESTE PRENOTATE	CUP WEB	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE IL SERVIZIO DI SERD PENITENZIARIO	% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO DAL SERVIZIO A SEGUITO DI RICHIESTA DA PARTE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE LA GOVERNANCE DELL'APPROPRIATEZZA	PZ INSERITI >2023	DSMD	> 2023
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE LE CONSULENZE RICHIESTE DA PS AL SPDC	N DI CONSULENZE RICHIESTE DA PS ESEGUITE / N DI CONSULENZE RICHIESTE	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	SSD PF GARANTIRE L'ATTIVITÀ PERITALE ENTRO I TEMPI DEFINITI DALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA	% PRESTAZIONI EROGATE SUL N° DI RICHIESTE	DSMD	100,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GESTIONE DEL SISTEMA AUTORIZZATIVO	INSERIMENTO DELLA CHIAVE CONTABILE NEI PROGETTI FINANZIATI	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO AREA SS	1
TRASPARENZA	CORRETTA GESTIONE DEL SISTEMA CUP WEB	CHIUSURA COMPLETA DELLE PRESTAZIONI NELL'APPlicativo CUP WEB	CUP WEB	>=80%
APPROPRIATEZZA CLINICA	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 2010/2012	% DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN DO	ABACO	13,00%

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE LA QUALITÀ, L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA IN COERENZA CON IL PNE	% DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA INFERIORE A 3GG	ABACO	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE LA QUALITÀ, L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DELL'ATTIVITÀ OSPEDALIERA IN COERENZA CON IL PNE	% INTERVENTI PER FRATTURA DI FEMORE CON DURATA DI DEGENZA TRA L'AMMISSIONE E L'INTERVENTO <=2GG / N° INTERVENTI PER FRATTURA DEL FEMORE *100	ABACO	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	ATTUAZIONE DELLE INDICAZIONI OPERATIVE MINISTERIALI IN MATERIA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PREFORMANCE INDIVIDUALE	ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI, DIFFUSIONE DEGLI OBIETTIVI DI STRUTTURA AL PERSONALE ASSEGNATO E INVIO REPORT ASSEGNAZIONE AL SERVIZIO PROGRAMMAZIONE AZ. E CONTROLLO ENTRO 10 GIORNI DALL'ASSEGNAZIONE	ASL	100,00%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	REALIZZARE GLI 8 PIANI MIRATI DI PREVENZIONE (PMP) CON L'ATTUAZIONE, PER CIASCUNO DI ESSI, DELLA FORMAZIONE PER LE FIGURE AZIENDALI DELLA PREVENZIONE DELLE IMPRESE (DATORI DI LAVORO, RLS, RLST, RSPP, ASPP, MEDICI COMPETENTI, ETC.), DELL'ASSISTENZA ALLE IMPRESE, DELL'ESAME DELLE SCHEDE DI AUTOVALUTAZIONE COMPILETTATE DALLE IMPRESE, DELL'INFORMAZIONE/ COMUNICAZIONE, COME STABILITO PER IL 2023 NEL PRP 2020-2025	NUMERATORE: NUMERO DI PMP REALIZZATI DA PARTE DI OGNI SPRESAL DI CIASCUNA ASL CON L'ATTUAZIONE DELLE ATTIVITÀ STABILITE PER IL 2024 NEL PRP X 100 DENOMINATORE: NUMERO COMPLESSIVO DI PMP (N. 8) DA REALIZZARE DA PARTE DI OGNI SPRESAL DI CIASCUNA ASL	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA	100,00%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	INCREMENTARE L'ADESIONE AI SISTEMI DI SORVEGLIANZA PASSI	(N. INTERVISTE CARICATE IN PIATTAFORMA / N. INTERVISTE TARGET DEFINTO DALL'ISS) *100	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA	80,00%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	INCREMENTARE L'ADESIONE AI SISTEMI DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO	(N. INTERVISTE CARICATE IN PIATTAFORMA / N. INTERVISTE TARGET DEFINTO DALL'ISS) *100	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA	80,00%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	ASSICURARE LA COMPLETEZZA DELL'ARCHIVIO DELLE SCHEDE DI MORTE (RENCAM) FINO AL 2022	(N. SCHEDE CODIFICATE/N. SCHEDE INSERITE)*100	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA	90,00%
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA PRESENTAZIONE ALLA REGIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA DGR 34/23 DEL 2015.-BEP (COLLABORAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE/BILANCIO)	SISAR ATTI	DELIBERA ENTRO IL 15/11/2024
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA PRESENTAZIONE ALLA REGIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA DGR 34/23 DEL 2015. -PIANO FABBISOGNO PERSONALE	RISORSE UMANE	INVIO ENTRO 01/11/2024 ALLA DIREZIONE AZIENDALE
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA PRESENTAZIONE ALLA REGIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA DGR 34/23 DEL 2015. - PROGRAMMA TRIENNALE LAVORI PUBBLICI	TECNICI	INVIO ENTRO 01/11/2024 ALLA DIREZIONE AZIENDALE
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA PRESENTAZIONE ALLA REGIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE DI CUI ALLA DGR 34/23 DEL 2015.PIANO BIENNALE DEGLI ACQUISTI 2024/2025;	BILANCIO	INVIO ENTRO 01/11/2024 ALLA DIREZIONE AZIENDALE

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
EFFICACIA	MIGLIORARE L'ASSISTENZA CHIRURGICA	REVISIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER ATTUALIZZAZIONE DEI PAZIENTI IN ELEZIONE	SISAR	1
EFFICIENZA	MIGLIORAMENTO DEI GIORNI DI DEGENZA PRE- OPERATORIA	RIDUZIONE DELLE DEGENZA PRE- OPERATORIA PER RIPORTARE ALLO STANDARD (1,9)	ABACO	2
EFFICACIA	DEGENZA MEDIA	RIDUZIONE DELLA DEGENZA MEDIA PER RAGGIUNGERE LO STANDARD (7,5) NON APPLICABILE A LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	ABACO	8
ACCESSIBILITÀ'	PERCENTUALE DI PRIMIPARE RESIDENTI CON ALMENO TRE PRESENZE AL CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA	N° PRIMIPARE RESIDENTI (14-49 ANNI) CON ALMENO TRE PRESENZE AL CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA	CONSULTORIO	70,00%
EFFICIENZA	CORRETTA ALIMENTAZIONE DEL FLUSSO EDF	SCARICHI MASSIVI CON EROGATORE FARMACIA/SCARICHI COMPLESSIVI	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	0,00%
EFFICIENZA	IMPLEMENTAZIONE DELLA CONTABILITÀ ANALITICA	CORRETTA IMPUTAZIONI AI NUOVI CENTRI DI RILEVAZIONE AZIENDALI	SISAR	100,00%
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA PRESENTAZIONE ALLA REGIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	APPROVAZIONE DEI DOCUMENTI DEL PROGRAMMA SANITARIO ANNUALE E TRIENNALE	SISAR	1
EFFICIENZA	GESTIONE DEI PROGETTI FINANZIATI	GESTIONE DEL MODULO PROGETTI CON RISCONTRO DEI RICAVI	SISAR	1
EFFICIENZA	IMPLEMENTAZIONE DELLA REPORTISTICA	INVIO DELLA REPORTISTICA ALLE STRUTTURE SANITARIE ALMENO DUE REPORT	SISAR	1
EFFICIENZA	RISPETTO DEL LIMITE DELLA SPESA DEL PERSONALE	ADOTTARE LE DELIBERE CON IMPEGNO DI SPESA NEL SISTEMA SISAR ATTI	SISAR AMC	100,00%
EFFICIENZA	OTTIMIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE	OCCUPAZIONE DELLA SALA OPERATORIA	ABACO	miglioramento rispetto al 2023
EFFICIENZA	APPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI AL PS	MEDIA PAZIENTI CODICE GIALLO (DENOMINATO ARANCIONE NUOVE LINEE GUIDA) GESTITI NELLE TEMPISTICHE CORrette	PS MONITOR	30'
TRASPARENZA	TRASPARENZA DELL'ATTIVITÀ SVOLTA	RISPOSTA ALLE RICHIESTE DEGLI ORGANI DI CONTROLLO ENTRO 15 GG	INTERNAL AUDIT	1
EFFICACIA	EROGAZIONE DEI LEA	MIGLIORMANTO/MANTENIMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITÀ RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	GALILEO/ABACO	>=2023
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO	PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA ONCOLOGICA	INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DI TRE RELAZIONI ANNUALI CONTENENTI I DATI DEL SERVIZIO DI RECALL A DOMICILIO EFFETTUATI SUI PZ ONCOLOGICI SEGUITI DAL REPARTO (NUMERO PAZIENTE RICHIAMATI/BACINO DI PAZIENTI TOTALI)	DS	100,00%
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI SUGLI STABILIMENTI CON ALLEVAMENTI BOVINI/BUFALINI PER IL MANTENIMENTO/OTTENIMENTO DELLO STATUS DI TERRITORIO INDENNE DA INFESIONE DA MTCB	N° STABILIMENTI CON ALLEVAMENTI BOVINI/BUFALINI CONTROLLATI/ N° STABILIMENTI CON ALLEVAMENTI BOVINI/BUFALINI PROGRAMMATI (DA CONTROLLARE) NELL'ANNO 2024	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA	Il 100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2024

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	PIANO REGIONALE DI SELEZIONE GENETICA PER LA RESISTENZA ALLA SCRAPIE CLASSICA DEGLI OVINI. LIVELLO DI CERTIFICAZIONE GENETICA DELLE GREGGI.	N° DI ALLEVAMENTI OVINI CLASSIFICATI COME LIVELLO I, II (IIA E IIB), III / N° DI ALLEVAMENTI OVINI ATTIVI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificati in BDN come livello I, II (IIa e IIb), III
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE L'ASSISTENZA AL PAZIENTE IN DIMISSIONE	RINNOVO DI UNA PROCEDURA IN ACCORDO TRA CSM/SPDC	DSMD	1
EFFICACIA	RISPETTO DEI TEMPI DI RISPOSTA ALLA DOMANDA DEGLI UTENTI	GARANTIRE L'ESECUZIONE DELLE VISITE MEDICHE PREVENTIVE IN TEMPI RAPIDI	MEDICINA DEL LAVORO	15GG
EFFICACIA	RISPETTO DEI TEMPI DI RISPOSTA ALLA DOMANDA DEGLI UTENTI RADIO ESPOSTI	GARANTIRE L'ESECUZIONE DELLE VISITE MEDICHE PREVENTIVE DEI LAVORATORI RADIO ESPOSTI IN TEMPI RAPIDI	MEDICINA DEL LAVORO	15GG
EFFICACIA	GARANTIRE LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI RADIOESPOSTI	ESEGUIRE LE VERIFICHES DI RADIO PROTEZIONE PERIODICHE	SSD FLUSSI	100,00%
EFFICACIA	GARANTIRE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	ESEGUIRE CONTROLLI DI QUALITÀ E ACCETTAZIONE DI TUTTI I NUOVI IMPIANTI RADIOLOGICI	FLUSSI INFORMATIVI	100,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	GARANTIRE LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI	% DI PZ PRESI IN CARICO PER L'AVVIO DI PERCORSI RIABILITATIVI RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI	DSMD	70,00%
EFFICACIA	GARANTIRE LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL RANDAGISMO, IN COLLABORAZIONE CON I COMUNI E GLI ALTRI ENTI, AL FINE DEL MONITORAGGIO SUL RISCHIO EPIDEMIOLOGICO DI MALATTIE DIFFUSIVE NELL'AMBITO DEL PATRIMONIO ANIMALE ALLO STATO RANDAGIO, SELVATICO E BRADO.	N° DI STERILIZZAZIONI ESEGUITE/NUMERO TOTALE DI STERILIZZAZIONI PROGRAMMATE	ANAGRAFE CANINA/DP VET	100,00%
EFFICACIA	GARANTIRE LA GESTIONE E LA RENDICONTAZIONE DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE RIGUARDO L'ANAGRAFE CANINA, IL RANDAGISMO E IL SETTORE DEGLI ANIMALI DI AFFEZIONE	N° DI CANI ANAGRAFATI E ISCRITTI IN BDR/NUMERO TOTALE DI CANI DA ANAGRAFARE	ANAGRAFE CANINA/DP VET	Entro il 31 dicembre 2022
TRASPARENZA	GARANTIRE L'ATTUAZIONE DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO E DI REINGEGNERIZZAZIONE CONNESSI AI RIASSSETTI ORGANIZZATIVI E OPERATIVI	DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI OPERATIVI PER L'ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLE ARTICOLAZIONI PERIFERICHE	DP VET	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	RISPETTO DEI TEMPI DI RISPOSTA DEGLI ESAMI	DIFFERENZA TRA LA DATA DI VALIDAZIONE CLINICA DEGLI ESAMI / LA DATA DEL PRELIEVO	LABORATORI	100,00%
EFFICACIA	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI	PROGETTO DI RIQUALIFICAZIONE DELLE SEDI CONSULTORIALI CON DIAGNOSTICA ECOGRAFICA OSTETRICO-GINECOLOGICA: AVVIO ENTRO IL 31/12/2024	CONSULTORIO	Almeno 2 consultori riqualificati
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	C) RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	INCREMENTARE LE PRESCRIZIONI DI MEDICINALI LA CUI COPERTURA BREVETTUALE È SCADUTA, DI ALMENO IL 5% - REPORT TRIMESTRALI	FARMACIE	1
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	D) RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	LE PRESCRIZIONI DEI MEDICI CHE OPERANO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E AMBULATORIALI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE DEVONO ESSERE CONFORMI A QUANTO AGGIUDICATO NELLE PROCEDURE AD EVIDENZA PUBBLICA; NELLE PRESCRIZIONI SONO TENUTI A INDICARE IL SOLO PRINCIPIO	FARMACIE	1) Spesa per acquisti diretti di farmaci non aggiudicati non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti.2) Report

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
		ATTIVO O LA SPECIALITÀ AGGIUDICATA IN GARA.LA PRESCRIZIONE DI MEDICINALI NON AGGIUDICATI NELLE SUDDETTE PROCEDURE NON PUÒ SUPERARE IL 5% DELLA SPESA AZIENDALE PER ACQUIST DIRETTI.LE AZIENDE SANITARIE TRASMETTONO TRIMESTRALMENTE L'ELENCO DEI MEDICINALI ACQUISTATI SU RICHIESTA DEL CLINICO PER LE ESIGENZECLINICHE DI SPECIFICI PAZIENTI		trimestrale acquisti fuori gara
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE L'APPLICAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEGLI INTERVENTI IN MATERIA DI CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI (PRCUA)	NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI/NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI	DP VET	>=90%
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE L'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE PER LA RICERCA DI RESIDUI (PNR) DI FARMACI, SOSTANZE ILLECITE E CONTAMINATI NELLE PRODUZIONI ALIMENTARI E DEI LORO RESIDUI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	NUMERO DI CAMPIONI EFFETTUATI NEL 2024/ NUMERO TOTALE DEI CAMPIONI PROGRAMMATI NEL 2024	DP VET	80% DEI CAMPIONAMENTI PROGRAMMATI PER IL 2024
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE L'INSERIMENTO DEI CONTROLLI DI SICUREZZA ALIMENTARE IN SISAR	NUMERO DI CONTROLLI INSERITI IN SISAR/NUMERO TOTALE DEI CONTROLLI EFFETTUATI	DP VET	100,00%
TRASPARENZA	GARANTIRE LA GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE	INVIO REPORT/DOCUMENTO CON SCADENZA INFRANNUALERENDICONTAZIONE OBIETTIVI	DP MED	100,00%
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE L'UNIFORMITÀ DELLE PROCEDURE DEI CONTROLLI UFFICIALI NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA	PREDISPOSIZIONE PROCEDURA DEI CONTROLLI UFFICIALI E ISTITUZIONE DI UN GRUPPO DI LAVORO	DP VET	TRASMISSIONE ENTRO IL 30/11
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE VETERINARIO PER GARANTIRE L'UNIFORMITÀ DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE E CONTESTAZIONI ILLECITI AMMINISTRATIVI	ISTITUZIONE DI UN CORSO DI FORMAZIONE	DP VET	1
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE LA RIDUZIONE DEL NUMERO DEI PROCEDIMENTI SANZIONATORI INEVASI EREDITATI DAL PRECEDENTE ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA EX ATS (ASSL SASSARI E GALLURA) AL FINE DI EVITARE L'INSORGERE DI POTENZIALI PROFILI DI RESPONSABILITÀ CONTABILE.	NUMERO DI PROCEDIMENTI SANZIONATORI RELATIVI AD ACCERTAMENTI CONCLUSI/NUMERO DI PROCEDIMENTI SANZIONATORI INEVASI RELATIVI AD ACCERTAMENTI EFFETTUATI	DP VET	80,00%
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE LA GESTIONE AMMINISTRATIVO-CONTABILE DEI PROCEDIMENTI SANZIONATORI CONSEGUENTI ALLA EMISSIONE DI ORDINANZE DI INGIUNZIONE	ANALISI REPORT PERIODICO	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	1° semestre entro il 30 ottobre 2024; 2° semestre entro il 28 febbraio 2024
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE L'INSERIMENTO DEI CONTROLLI DI SICUREZZA ALIMENTARE IN SISAR	NUMERO DI CONTROLLI INSERITI IN SISAR/NUMERO TOTALE DEI CONTROLLI EFFETTUATI	DP VET	1

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	REALIZZAZIONE DEL PROGETTO VIAGGIO NEL CUORE DELLA PREVENZIONE E NELLE CURE PRIMARIE	EVIDENZA ATTUAZIONE DEL PROGETTO	DP MED	1
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	REALIZZAZIONE DEI PROGETTI CONCORDATI CON LE SCUOLE ADERENTI ALLA PROPOSTA PROGETTALE DELLA SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	EVIDENZA ATTUAZIONE DEL PROGETTO	DP MED	1
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE LA GESTIONE E IL SUPPORTO DELLE ATTIVITÀ DELLO SPORTELLO INFORMATIVO SUI PRODOTTI CHIMICI	APERTURA SPORTELLO ALMENO UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	DP MED	100% interventi programmati
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE LA REALIZZAZIONE DI ALMENO UN CORSO DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE SUI PRODOTTI CHIMICI	NUMERO DI ISPETTORI REACH CHE HANNO PARTECIPATO AL CORSO / NUMERO TOTALE DEGLI ISPETTORI REACH	DP MED	100% operatori
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE LA GESTIONE DEL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI E DEI CAMPIONAMENTI PREVISTI IN APPLICAZIONE DEL REGOLAMENTO REACH E CLP SUI PRODOTTI CHIMICI	NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI EFFETTUATI NEL 2024/NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI PROGRAMMATI NEL 2024*100	DP MED	80% interventi programmati
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	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 AGRICOLE /NUMERO TOTALE INTERVENTI ISPETTIVI IN AZIENDE AGRICOLE PROGRAMMATI SECONDO PIANO LOCALE/REGIONALE	DP MED	80% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2024
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE GLI ACCERTAMENTI RELATIVI AI CASI DI INFORTUNIO SUL LAVORO E DI MALATTIA PROFESSIONALE (MALATTIA PROFESSIONALE)	NUMERO DI INDAGINI SVOLTE/NUMERO TOTALE INTERVENTI DOVUTI COME DA PROGRAMMA LOCALE	DP MED	100,00%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE GLI ACCERTAMENTI RELATIVI AI CASI DI INFORTUNIO SUL LAVORO E DI MALATTIA PROFESSIONALE (INFORTUNIO SUL LAVORO)	NUMERO DI INDAGINI SVOLTE/NUMERO TOTALE INTERVENTI DOVUTI COME DA PROGRAMMA LOCALE	DP MED	100,00%
Area governo clinico	ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA FARMACOVIGILANZA	INCREMENTARE LE SEGNALAZIONI SPONTANEE DI REAZIONE AVVERSA DI ALMENO IL 15%	0	Incremento del 15%
EFFICIENZA	GARANTIRE LA VIGILANZA DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO	N° VERBALI DI ISPEZIONE (ESCLUSE NUOVE APERTURE E TRASFERIMENTI)	0	N° 6 Verbali
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DELL'INSERIMENTO DEGLI ESAMI DI LABORATORIO ATTRAVERSO LA PROCEDURA DI PRE ACCETTAZIONE DELLE RICHIESTE SSN	N° PRE ACCETTAZIONI/ N° RICHIESTE SSN	LABORATORI	90,00%
Area governo clinico	IMPLEMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI CONGELAMENTO DELLE UNITÀ DI EMAZIE IN QUALITÀ DI BANCA REGIONALE DEI GRUPPI SANGUIGNI RARI	AVVIO ATTIVITÀ	MEDICINA LAB. ALGHERO	1
Area governo clinico	MIGLIORARE L'ASSISTENZA AI PAZIENTI DIABETICI	DELIBERA DI ADOZIONE PDTA PER IL TRATTAMENTO DEL "PIEDE DIABETICO"	MEDICINA LAB. - DISTRETTO DI ALGHERO- DISTRETTO DI OZIERI - TRASFUSIONE OZ - CHIRURGIA AHO OZ- DIREZIONI PRESIDIO	1
TRASPARENZA	GARANTIRE L'ACCESSIBILITÀ TOTALE DEI DATI E DEI DOCUMENTI AZIENDALI, ALLO SCOPO DI TUTELARE I DIRITTI DEI CITTADINI E PROMUOVERE AL TEMPO STESSO LA PARTECIPAZIONE DEGLI INTERESSATI ALL'ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SEGRETO D'UFFICIO, DÌ SEGRETO	N. 2 RELAZIONI ANNUALI ENTRO IL 30/06/2024 ED ENTRO IL 30/11/2024	RPCT	1

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
	STATISTICO E DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI			
TRASPARENZA	RAFFORZAMENTO DELL'ANALISI DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE CON RIGUARDO ALLA GESTIONE DEI FONDI DEL PNRR	TRASMISSIONE AL RPCT DI REPORT TRIMESTRALI (4 IN UN ANNO) DA PARTE DELLE STRUTTURE COINVOLTE NELLA REALIZZAZIONE E RENDICONTAZIONE DI PROGETTI PNRR	RPCT	4
EFFICACIA	MIGLIORARE L'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CON DOLORE TORACICO ATIPICO	PRESENTAZIONE DI UN PERCORSO PER LA GESTIONE DEL PZ CON DOLORE TORACICO	DIREZIONE SANITARIA	1
TRASPARENZA	MIGLIORARE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO	STESURA E APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO DEL PERSONALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	INVIO INDICAZIONI AI RESPONSABILI DELLE STRUTTURE SEMPLICI AFFERENTI AL DISTRETTO PER L'INSERIMENTO TRA GLI OBIETTIVI INDIVIDUALI DEI DIRIGENTI/SPECIALISTI MEDICI "REGISTRAZIONE E PRENOTAZIONE NELLE AGENDE ELETTRONICHE DELL'APPlicativo CUPWEB DELLE PRESTAZIONI EROGATE".	% DEI RESPONSABILI COINVOLTI	DOCUMENTAZIONE INTERNA	100%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA "INFORMATIZZAZIONE PROCESSO AUTORIZZATIVO AUSILI PROTESICA"	TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE ALL S.C. DELLE TECNOLOGIE SANITARIE E FLUSSI E DIREZIONE GENERALE	DOCUMENTAZIONE INTERNA	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	SUPPORTO E CONSULENZA NELLE FASI DI AVVIO E INSERIMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE NEL TERRITORIO DISTRETTUALE.	% DI RISPOSTE ALLE RICHIESTE DI SUPPORTO	DOCUMENTAZIONE INTERNA	80%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	PREDISPOSIZIONE DI MINIMO DUE ISTRUZIONI OPERATIVE/PROCEDURE NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	PRODUZIONE E DIFFUSIONE DI ALMENO DUE ISTRUZIONI OPERATIVE/PROCEDURE	DOCUMENTAZIONE INTERNA/DETERMINA O DELIBERA	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	AGGIORNAMENTO SUL SISTEMA ANAGS DELLE VARIAZIONI DEMOGRAFICHE COMUNICATE MENSILMENTE DAI COMUNI AFFERENTI AL DISTRETTO	NUMERO DI AGGIORNAMENTI ANNUI/TOTALE	SISTEMA ANAGS (SISTEMA ANAGRAFICA REGIONALE)	100%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	PROGETTO DI INFORMATIZZAZIONE PROCESSO AUTORIZZATIVO PER USUFRUIRE BENEFICI L.R. 26/91	INFORMATIZZAZIONE PROCESSO AUTORIZZATIVO PER USUFRUIRE BENEFICI L.R. 26/91	DOCUMENTAZIONE INTERNA	1
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	GARANTIRE IL SERVIZIO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN CARCERE	N° DI CONSULENZE ESEGUITE > 100	DSMD	100 consulenze
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	PROPOSTA DI PAC E PACC	PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	DIREZIONE DI PO	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO	PRESENTAZIONE DI PROPOSTA PDTA	DIREZIONE SANITARIA	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON TRAUMA CRANICO	PRESENTAZIONE DI PROPOSTA PDTA	DIREZIONE SANITARIA	1
EFFICACIA	RAFFORZAMENTO DELLO SCREENING ORGANIZZATO	RAGGIUNGIMENTO DELLA SOGLIA DEL 30% DELLE ATTIVITÀ DI SCREENING	RADIOLOGIE	30%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	CRESCITA PROFESSIONALE DEL PERSONALE	% PERSONALE FORMATO PER UO/SERVIZIO IN CORSI ATTINENTI IL RUOLO ASSEGNATO	DP PROF. SANITARIE	30,00%
APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	UMANIZZAZIONE DELLE CURE	% DI VALUTAZIONE DEL DOLORE IN PAZIENTI RICOVERATI	DP PROF. SANITARIE	75,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	PROGETTO INFIERIERE DI QUARTIERE IMPLEMENTAZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE	AMPLIAMENTO TARGET POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO < 65 ANNI	DP PROF. SANITARIE	0,15
APPROPRIATEZZA CLINICA	ATTIVAZIONE DEGLI AMBULATORI INFIERIERISTICI TERRITORIALI	ATTIVAZIONE AMBULATORI INFIERIERISTICI TERRITORIALI NEI DISTRETTI SANITARI SASSARI ALGHERO OZIERI	DP PROF. SANITARIE	3

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
APPROPRIATEZZA CLINICA	PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE INFESIONI DEL SITO CHIRURGICO	DIFFUSIONE PROCEDURA REGIONALE PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFESIONI DEL SITO CHIRURGICO DIPARTIMENTI INTERPRESIDIO EMERGENZA URGENZA - CHIRURGIA SPECIALISTICA	DP PROF. SANITARIE	80%
EFFICIENZA	REVISIONE DEI CARICHI DI LAVORO PER LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO, SECONDO MODELLI ORGANIZZATIVI INTEGRATI E NEL RISPETTO DELLE D.G.R. RAS RELATIVE AI REQUISITI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE	PREDISPOSIZIONE SCHEDE DESCRIPTIVE PER CIASCUNA STRUTTURA SANITARIA (DEGENZE, DIAGNOSTICHE, SERVIZI TERRITORIALI, AMBULATORI) RELATIVE AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E DI SUPPORTO	DP PROF. SANITARIE	1
EFFICIENZA	REVISIONE DEI CARICHI DI LAVORO PER LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO, SECONDO MODELLI ORGANIZZATIVI INTEGRATI E NEL RISPETTO DELLE D.G.R. RAS RELATIVE AI REQUISITI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE	PREDISPOSIZIONE SCHEDE DESCRIPTIVE PER CIASCUNA STRUTTURA SANITARIA (DEGENZE, DIAGNOSTICHE, SERVIZI TERRITORIALI, AMBULATORI) RELATIVE AL PERSONALE TECNICO SANITARIO, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE	DP PROF. SANITARIE	1
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	GARANTIRE L'UNIFORMITÀ DELLE PROCEDURE DEI CONTROLLI UFFICIALI NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA	PREDISPOSIZIONE PROCEDURE E ISTITUZIONE DI UN GRUPPO DI LAVORO ENTRO IL 30/11 /24	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA	1
Area governo clinico	PRESA IN CARICO GLOBALE PER OTTIMIZZAZIONE GESTIONE PATOLOGIA DIABETICA E COMPLICANZE	STESURA E DELIBERAZIONE AZIENDALE PDTA	DISTRETTO ALGHERO, SC MEDICINA DI LABORATORIO DI ALGHERO, SC CHIRURGIA GENERALE E DI URGENZA	1
Area governo clinico	PRESA IN CARICO GLOBALE PER OTTIMIZZAZIONE GESTIONE PATOLOGIA BPCO E COMPLICANZE	STESURA DI UN PERCORSO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE AFFETTO DA BPCO	DISTRETTO ALGHERO, SC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA	1
EFFICIENZA	RAGGIUNGIMENTO DELL'OBBIETTIVO 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	AMC	Numero 0 giornate di ritardo
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI ADESIONE REALE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO INCLUDERE NEI PERCORSI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO I CENTRI DI SECONDO LIVELLO UBICATI PRESSO L'AOU DI SASSARI	EVIDENZA DELLE PRESTAZIONI DI 2° LIVELLO EROGATE NEL 2024 IN BASE ALLA RINEGOZIAZIONE DELLE SCHEDE TECNICHE ALLEGATA ALL'ACCORDO STIPULATO CON LA AOU DI SASSARI NEL 2023 IN CONFORMITÀ AGLI INDIRIZZI REGIONALI DI CUI ALLA DGR N. 5/32 DEL 29.1.2019	DP MEDICO	incremento delle prestazioni di 2° livello per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento delle schede tecniche indicate all'accordo stipulato nel 2023 con la AOU di Sassari)
Area della della Qualità e Governo clinico	IMPLEMENTARE IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ (SIRMES)	1. N. DI SEGNALAZIONI NEL SIRMES DA PARTE DELLE UNITÀ OPERATIVE SANITARIE 2. N. DI AUDIT REALIZZATI SU EVENTI SEGNALATI COL SIRMES	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
Area della della Qualità e Governo clinico	REVISIONE DI UN PROCESSO CRITICO ATTRAVERSO FMEA DI DIPARTIMENTO O AREA	REDAZIONE DI 1 FMEA PER AREA	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	>= 1 per area
Area della della Qualità e Governo clinico	PNRR M6C2 2.2 b) PARTECIPAZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE IN INFESIONI OSPEDALIERE	1. PERCENTUALE DI PARTECIPANTI AL CORSO IN INFESIONI OSPEDALIERE (PNRR M6C2 2.2 b) 2. PERCENTUALE DI PARTECIPANTI AL CORSO PER L'INCREMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI DEI PROFESSIONISTI DEL SISTEMA SANITARIO (PNRR M6C2 1.3.1 (b))	PIANIFICAZIONE STRATEGICA/FORMAZIONE	1. >= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b) 2. >= 90% del target previsto dal PNRR M6C2 1.3.1 (b)
Area della della Qualità e Governo clinico	ELABORARE UN SISTEMA DEDICATO ALLA PREVENZIONE DI ERRORI CHE POSSONO COMPORTARE REAZIONI AVVERSE ALLA TRASFUSIONE.	REDAZIONE DI UN PROGETTO OPERATIVO CONTENENTE STRUMENTI (ES. BRACCIALETTI IDENTIFICATIVI) E PROCEDURE DI IDENTIFICAZIONE E ABBINAMENTO UNIVOCI DEL PAZIENTE, DEI CAMPIONI DI SANGUE E DELLE UNITÀ TRASFUSIONALI.	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	1 progetto
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE). SORVEGLIANZA EST OVICAPRINE. CAMPIONAMENTI.	PERCENTUALE DI OVINI E CAPRINI MORTI CON ETÀ SUPERIORE A 18 MESI TESTATI PER TSE RISPETTO ALL' OBIETTIVO DI CAMPIONAMENTO	DP VETERINARIO	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	GARANTIRE UNA PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE EROGATE (CON PRENOTAZIONE IN AGENDE PUBBLICHE NEL CUP) E UNA PERCENTUALE DI PRESTAZIONI STRUMENTALI EROGATE (GESTITE INTERAMENTE ATTRAVERSO IL CUP), LIMITATAMENTE A QUELLE OGGETTO DI MONITORAGGIO PNGLA	RAPPORTO FRA IL NUMERO DI PRIME VISITE EROGATE CHE SONO STATE PRENOTATE ATTRAVERSO IL CUP IN AGENDE "PUBBLICHE" E LA TOTALITÀ DI QUELLE EROGATE NEL MEDESIMO PERIODO (INDIPENDENTEMENTE DAL CANALE DI GESTIONE NEL CUP) * 100	CUP WEB	85,00%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	GARANTIRE UNA PERCENTUALE DI PRIME VISITE SPECIALISTICHE EROGATE (CON PRENOTAZIONE IN AGENDE PUBBLICHE NEL CUP) E UNA PERCENTUALE DI PRESTAZIONI STRUMENTALI EROGATE (GESTITE INTERAMENTE ATTRAVERSO IL CUP), LIMITATAMENTE A QUELLE OGGETTO DI MONITORAGGIO PNGLA	RAPPORTO PERCENTUALE FRA VOLUMI DI PRESTAZIONI STRUMENTALI EROGATE, TRACCiate DALLA FONTE CUP WEB, E VOLUMI RENDICONTATI NEL FILE C, NEL MEDESIMO PERIODO *100	CUP WEB	95,00%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	GARANTIRE IL RISPECTO DEI TEMPI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE SEDI DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ENTRO TERMINI CONGRUI CHE CONSENTANO IL RISPECTO DELLE SCADENZE PER LA PUBBLICAZIONE SUL BURAS DELL'ELENCO DEGLI INCARICHI VACANTI, DA PARTE DELLA REGIONE, PREVISTI DAGLI ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI: - MMG E PLS ENTRO IL 15 FEBBRAIO DELL'ANNO (TERMINI ACN PER PUBBLICAZIONE: 30 MARZO) - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE: ENTRO IL 15 GENNAIO E ENTRO IL 15 LUGLIO DELL'ANNO (TERMINI	SEDI MMG E PLS ENTRO 15.02.2024	DISTRETTI	2/2

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
	ACN PER PUBBLICAZIONE: 1 MARZO E 1 SETTEMBRE)			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	ATTIVAZIONE DI ALMENO 2 GRUPPI INTERDISCIPLINARI DI CURE ONCOLOGICHE	1. ATTIVAZIONE DI ALMENO 2 GRUPPI INTERDISCIPLINARI DI CURE ONCOLOGICHE 2. N. DI CONSULENZE EFFETTUATE SU TOTALE DELLE RICHIESTE	SISAR ATTI	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	APPROVARE UN PROTOCOLLO PER L'ACCERTAMENTO DEL FINE VITA IN TERAPIA INTENSIVA	DELIBERA DI APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO	SISAR ATTI	1 / 1
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	GARANTIRE L'EFFFICACIA DELLA RETE DI SOCCORSO DI EMERGENZA URGENZA, TRAMITE LA DIMINUZIONE DEL TEMPO DI ATTESA DI CIASCUNA AMBULANZA PRESSO I PRESIDI OSPEDALIERI E CONSEGUENTEMENTE DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI (CHE PERMETTE UN MIGLIORAMENTO DEL TEMPO DI ATTIVITÀ SU STRADA PER LA RETE DI SOCCORSO E UN MINORE TEMPO TOTALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE A PARTIRE DALLA CHIAMATA DI SOCCORSO).	75° PERCENTILE DEI TEMPI DI SOSTA DELLE AMBULANZE PRESSO IL P.S.	AREUS	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	RISPETTO DELLE MILESTONE DEL PNRR	RISPETTO DEI TARGET DI RAGGIUNGIMENTO IMPOSTI DAI PROVVEDIMENTI DI RANGO NAZIONALE	DIPARTIMENTO/SERVIZI COINVOLTI/SERVIZI TECNICI	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTABILI	2. AGGIORNAMENTO DEL BILANCIO ECONOMICO PREVISIONALE ENTRO I TEMPI INDICATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ	SERVIZI AMMINISTRATIVI	2. Rispetto dei termini
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTABILI	3. CHIUSURA DEL BILANCIO ANNO 2022 ENTRO I TERMINI DEFINITI DALLA RAS	SERVIZIO GESTIONE RISORSE ECO-FIN	3. Rispetto dei termini
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTABILI	4. CHIUSURA DEL BILANCIO ANNO 2023 ENTRO I TERMINI DEFINITI DALLA RAS	SERVIZIO GESTIONE RISORSE ECO-FIN	4. Rispetto dei termini
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	CORRETTA COMPILAZIONE FLUSSO SDO	CHIUSURA DELLE SCHEDE ENTRO 20 GIORNI DALLA DIMISSIONE	FLUSSI/UDAC	1
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	CORRETTA COMPILAZIONE FLUSSO SDO	CHIUSURA DELLE SCHEDE DA PARTE DELLE DIREZIONI DI PRESIDIO ENTRO 5 GIORNI DALL'INVIO DA PARTE DELLA UO	FLUSSI/UDAC	1
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE DEI MALATI TERMINALI	DEFINIRE UNA PROCEDURA DI PRESA IN CARICO DEL PZ (DISTRETTI/CURE PALLIATIVE) ENTRO IL 30/06/24	DIREZIONE SANITARIA	1

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
e dell'Efficacia del SSR				
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	F) RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	ALMENO UN INCONTRO CON I MEDICI PRESCRITTORI	DISTRETTI	1
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI ADESIONE REALE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO INCLUDERE NEI PERCORSI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO I CENTRI DI SECONDO LIVELLO UBICATI PRESSO L'AOU DI SASSARI	(N. DI PERSONE CHE HANNO ADERITO ALL'INVITO/POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUA)*100	DP MEDICO	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 38% in tutte le ASL;
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI ADESIONE REALE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO INCLUDERE NEI PERCORSI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO I CENTRI DI SECONDO LIVELLO UBICATI PRESSO L'AOU DI SASSARI	(N. DI PERSONE CHE HANNO ADERITO ALL'INVITO/POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUA)*100	DP MEDICO	screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le ASL;
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI ADESIONE REALE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO INCLUDERE NEI PERCORSI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO I CENTRI DI SECONDO LIVELLO UBICATI PRESSO L'AOU DI SASSARI	(N. DI PERSONE CHE HANNO ADERITO ALL'INVITO/POPOLAZIONE BERSAGLIO ANNUA)*100	DP MEDICO	screening mammografico ≥ 35% in tutte le ASL
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DEL TASSO DI ADESIONE REALE AI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO INCLUDERE NEI PERCORSI DI SCREENING ONCOLOGICO ORGANIZZATO I CENTRI DI SECONDO LIVELLO UBICATI PRESSO L'AOU DI SASSARI	TRASMETTERE GLI SLOT DISPONIBILI PER LO SCREENING IL 20 DEL MESE PRECEDENTE AL CENTRO SCREENING	CENTRO SCREENING	1
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	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	FLUSSI INFORMATIVI	5/5
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI DATI DEI FLUSSI DI MONITORAGGIO DEL VALORE DELLA PRODUZIONE	2. N. ERRORI DI 1° E 2° LIVELLO RILEVATI AL TERMINE PREVISTO/N. TOTALE RECORD *100	FLUSSI INFORMATIVI	≤ 5%
Area della gestione amministrativo-contabile	RISPETTO DEI TERMINI NELLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTABILI	COSTITUZIONE GRUPPO LAVORO PIAO 2025-2027	SERVIZI AMMINISTRATIVI	Delibera di approvazione entro il 31/12/2024
EFFICIENZA	IMPLEMENTAZIONE DEI PROGETTI FORMATIVI	N° TIROCINANTI PROPOSTI DALLA FORMAZIONI/N° TIROCINANTI ACCETTATI	FORMAZIONE	1
TRASPARENZA	CORRETTA GESTIONE DEL SISTEMA CUP WEB	INSERIMENTO DELLE PRESTAZIONI IN CUP WEB	CUP WEB	100%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI	APERTURA DI UNO SPORTELLO AL PUBBLICO PER LA GESTIONE DELLE	DSMD	1

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
		RICHIESTE DI CERTIFICAZIONI E RELAZIONI		
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	CENTRALIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E STANDARDIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASS. E SANITARIE	IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO PER IL PERCORSO DEI PAZIENTI PSICHiatrici CHE NECESSITANO DI RICOVERE PRESSO SPDC	DSMD	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI RIVOLTI AI PAZIENTI	PERCORSO DI ACCOGLIENZA E GESTIONE DEL PAZIENTE INVIO AL DIPARTIMENTO ENTRO IL 30/06/2024	DSMD	1
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI	PROTOCOLLO DI RICOVERO E INVIO AL DSMD	DSMD	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI	% DI PAZIENTI PRESI IN CARICO/TOTALE RICHIESTE	DSMD	100,00%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	GARANTIRE LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEL RANDAGISMO, IN COLLABORAZIONE CON I COMUNI E GLI ALTRI ENTI, AL FINE DEL MONITORAGGIO SUL RISCHIO EPIDEMIOLOGICO DI MALATTIE DIFFUSIVE NELL'AMBITO DEL PATRIMONIO ANIMALE ALLO STATO RANDAGIO, SELVATICO E BRADO.	N° CANI RURARI IDENTIFICATI E REGISTRATI/N° INTERVENTI PROGRAMMATI	DP VET	80,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	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	DATI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	100% DEGLI INTERVENTI PROGRAMMATI PER IL 2022
Efficacia	MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE DEL DP VET	SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DEL DP	DP VET	100,00%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	IMPLEMENTAZIONE SUL SISTEMA ANAGS DEL PROGRAMMA REGISTRO TUMORI	AGGIORNAMENTO DEL SISTEMA	DP MED	1
Area della della Qualità e Governo clinico	IMPLEMENTARE IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ (SIRMES)	1. N. DI SEGNALAZIONI NEL SIRMES DA PARTE DELLE UNITÀ OPERATIVE SANITARIE	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	1. >=4
Efficacia	REDAZIONE DEL DUR	RICERCA SUL MERCATO DI INTERNAL AUDIT PER LA RELAZIONE DUR	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	1
Area della della Qualità e Governo clinico	RENDICONTAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE LIQUIDATE DAL SERVIZIO E INDICAZIONE DEL PERIODO DI RIFERIMENTO	3 REPORT (30/04-30/08-31/12)	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
Efficacia	MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ ALPI CON INDICAZIONE DEL PERIODO DI RIFERIMENTO	3 REPORT (30/04-30/08-31/12)	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
Efficacia	PERCORSO DELLA GRAVIDA	INVIO DEL PERCORSO ALLA DIREZIONE DI PO	DIREZIONE PO	1
Efficacia	NUOVE REDAZIONI E AGGIORNAMENTI DEI DUR	NUOVI DUR REDATTI	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	>1
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	F) RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA	INCONTRI CON I MEDICI PRESCRITTORI	DISTRETTI	3
Efficacia	IMPLEMENTAZIONE AMBULATORIO DISTURBI OSTRUTTIVI SONNO	N° DI PRESTAZIONI REGISTRATE IN RISERVATA CUP_WEB	CUP WEB	>240
Area del mantenimento dei LEA, del	IMPLEMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI IN LAPARASCOPIA	INTERVENTI PER PATOLOGIA COLON RETTALE IN LAPAROSCOPIA	SDO	40,00%

AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE)	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE	TARGET 2024
miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR				
Equilibrio economico-finanziario	GARANTIRE IL CONTROLLO AMMINISTRATIVO-CONTABILE DELLE PRESTAZIONI AL FINE DI PROCEDERE CON LA LIQUIDAZIONE ENTRO I TERMINI STABILITI DAL CONTRATTO	NUMERO DI GIORNI TRA LA DATA DELL'INOLTRO DELLA FATTURA DAL SERVIZIO BILANCIO, IN PRIMA VERIFICA, AGLI UFFICI DI LIQUIDAZIONE E LA DATA DI APPROVAZIONE DELLA LIQUIDAZIONE	AMC	<= 30 gg
Area della della Qualità e Governo clinico	IMPLEMENTARE IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER IL MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ (SIRMES)	DIVULGAZIONE MODALITÀ APPLICATIVE SIRMES	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	n° <= 5 incontri con il personale delle Macro Areee (Ospedali , Distretti e Dipartimenti)
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	INCREMENTO DELL'UTILIZZO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI	PERCENTUALE DI DOCUMENTI SANITARI INDICIZZATI SUL FSE;	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	40,00%
APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA PRESA IN CARICO	CONTATTO ENTRO 7 GIORNI DALLA DIMISSIONE DAL SPDC DEGLI UTENTI MAGGIORI	DSMD	98,00%
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	IMPLEMENTAZIONE CUSTOMER SATISFACTION	CONTROLLO ESPOSIZIONE QR NELLE U.O.	AUTOVALUTAZIONE	90% UO
INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE	OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI IN SALA OPERATORIA	PRESENTAZIONE DI UN PROGETTO ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA PER INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA SALE OPERATORIE DI ALGHERO E OZIERI	DIREZIONE SANITARIA	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE CLINICA DELLE SALE	IDENTIFICARE IN MODO CORRETTO I CAMPIONI CHIRURGICI DA INVIARE IN ANATOMIA PATOLOGICA	0	autovalutazione
APPROPRIATEZZA CLINICA	OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI IN SALA OPERATORIA	TEMPO MEDIO POSIZIONAMENTO SU LETTO OPERATORIO	ADT/ESTRAZIONE ANESTESIA	30 minuti
APPROPRIATEZZA CLINICA	RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE VISITE IN CARCERE	GARANZIA DELLE 40 H SETTIMANALI IN CARCERE	DATI INTERNI	40
APPROPRIATEZZA CLINICA	MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE POST RICOVERO	INVIO PROTOCOLLO AL DSMD DELLA PRESA IN CARICO DEI PZ DIMESSI DALLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	DSMD	1
APPROPRIATEZZA CLINICA	PRESA IN CARICO PRECOCE	INVIO PROTOCOLLO AL DSMD SULLA DIAGNOSI PRECOCE DEI DISTURBI NEURO-EVOLUTIVI	DSMD	1
EFFICACIA	AUMENTO DEI VOLUMI DI ATTIVITÀ	N° PRESTAZIONI EROGATE/N° PZ PRESI IN CARICO	DSMD	100,00%