

**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 2024

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 attentano 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. |
| 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 31 maggio dell'anno successivo la STP chiude la fase di Valutazione della Performance individuale. |
| | | 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 la 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.asl1sassari.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.

Per l'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Presidente ing. Lisa Zanardo

I. Allegato1 Dettaglio obiettivi e risultati attesi Performance organizzativa

| AREA PERFORMANCE (DIMENSIONE) | DESCRIZIONE OBIETTIVO | DESCRIZIONE INDICATORE | FONTE | TARGET 2024 |
|-------------------------------|---|---|---|--|
| ACCESSIBILITA' | CORRETTO UTILIZZO DEL SISTEMA SIO SO_WEB | RISPETTO DELLE PROCEDURE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLE INFORMAZIONI DI BLOCCO OPERATORIO | SIO SO_WEB | 1 |
| ACCESSIBILITA' | 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 RIASSETTI 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% |
| ACCESSIBILITA' | 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% |
| ACCESSIBILITA' | 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 COMPILATE 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 DEFINITO 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 DEFINITO 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 |
| ACCESSIBILITA' | 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 | MIGLIORAMENTO/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 INFEZIONE 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 lib), 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 VERIFICHE 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 RIASSETTI 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 SUDETTE 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 PROGETTUALE 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 SPORTELLINO INFORMATIVO SUI PRODOTTI CHIMICI | APERTURA SPORTELLINO 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 Verbalì |
| 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 EMASIE 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, DI 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 PROTETTIVA" | 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 INFERMIERE DI QUARTIERE IMPLEMENTAZIONE MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE | AMPLIAMENTO TARGET POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO < 65 ANNI | DP PROF. SANITARIE | 0,15 |
| APPROPRIATEZZA CLINICA | ATTIVAZIONE DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI TERRITORIALI | ATTIVAZIONE AMBULATORI INFERMIERISTICI 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 INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO | DIFFUSIONE PROCEDURA REGIONALE PER LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI 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 DESCRITTIVE 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 DESCRITTIVE 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'OBIETTIVO SPECIFICO RELATIVO AI TEMPI DI PAGAMENTO DEI DEBITI COMMERCIALI, COME DISPOSTO DALL'ART. 1 COMMA 865 DELLA L.145/2018 | NUMERO MEDIO DI GIORNATE DI RITARDO | 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 allegate 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 INFEZIONI OSPEDALIERE | 1. PERCENTUALE DI PARTECIPANTI AL CORSO IN INFEZIONI 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 IEL RISPETTO DEI TEMPI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE SEDI DELLA MEDICINA GENERALE E DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ENTRO TERMINI CONGRUI CHE CONSENTANO IL RISPETTO DELLE SCADENZE PER LA PUBBLICAZIONE SUL BURAS DELL'ELENCO DEGLI INCARICHI VACANTI, DA PARTE DELLA REGIONE, PREVISTI DAGLI ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI: - MMG E PLS ENTRO IL 15 FEBBRAIO DELL'ANNO (TERMINE ACN PER PUBBLICAZIONE: 30 MARZO) - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE: ENTRO IL 15 GENNAIO E ENTRO IL 15 LUGLIO DELL'ANNO (TERMINE | 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'EFFICACIA DELLA RETE DI SOCCORSO DI EMERGENZA URGENZA, TRAMITE LA DIMINUIZIONE 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 | 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 coloretale: 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 DIFFUSE NELL'AMBITO DEL PATRIMONIO ANIMALE ALLO STATO RANDAGIO, SELVATICO E BRADO. | N° CANI RURALI IDENTIFICATI E REGISTRATI/NÀ 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 LAPARASCOPIA | 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 MAGGIORENNI | 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% |