

Unità Organizzativa	<b>CENTRALE OPERATIVA 118 DI CAGLIARI</b>
Area	Line
Direttore	Dr. Daniele Barillari (F.F.)
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

### Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

### Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
CO1	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione - Ottimizzazione flussi informativi EMUR e TAE	CO1a	Riduzione errori o incompletezze evitabili nei flussi EMUR (prestazioni in emergenza urgenza) e TAE (Trasporto in Ambulanza ed Elisoccorso)	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."  I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori  Standard Regionale = ≤ 5%	RFV anno 2022: EMUR <b>95%*</b>	<b>EMUR Target regionale</b>  <b>≥ 95% (*)</b>	Valutazione con % rapportata all'95%		<b>10</b>
		CO1b		Il Servizio Informativo fornirà un report mensile su andamento dati, errori, carenze. Il risultato verrà commisurato all'entità del fenomeno in correlazione diretta ai dati di competenza delle Centrali operative e non di altri attori (PS, Reparti ecc.)	RFV mese gennaio 2023: TAE <b>98%</b>	<b>TAE</b> <b>≥ 95%</b>			Valutazione con % rapportata al 95%

				<b>RFV</b> - Righe Flusso valide (fonte SIDI) – (*) <i>N.B. il target in sede di valutazione potrà essere riconsiderato in caso di problemi con il nuovo software CUS118, attivato a dicembre 2021 (con parere Servizio Informatico)</i>				
<b>CO2</b>	Standardizzazione e miglioramento efficacia procedure di gestione delle missioni di soccorso	CO2a	Tempestività interventi codici di alta gravità presunta: % dei casi codici gialli e rossi presunti con tempo intercorso tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento entro 90 secondi.	Nell'85% dei casi la media tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento è ≤ 90 secondi.	COD GIALLI 84,69% COD ROSSI 76,85% <b>TOTALE 80,77%</b>	<b>85% ≤ 90 secondi</b>	Valutazione con % rapportata all' <b>81%</b> per le carenze della rete MSB e MSA regionale	<b>10</b>
		CO2b	Definizione di un prontuario per la gestione dei rendez vous e altri interventi tipici (es. trasporti secondari, trasporti d'organo) condiviso tra le Centrali Operative e la Direzione	Correttivo della problematica relativa ad incongruenze del dato determinato da errore operatore	Obiettivo CO2b PO 2022	Definizione proposta di Prontuario condivisa tra Centrali Operative e Direzione entro – 31/10/2023		<b>5</b>
		CO2c	Treatmento "trasporto in pronto soccorso oppure trasporto diretto in reparto di specialità e struttura di destinazione assente"	Il dato non è possibile: incongruenza logica con errore operatore	Cagliari: 3.490 su 66.464 = <b>5,25%</b>	DELTA TENDENTE A <b>3,1 %</b>	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo (sospeso)	<b>5</b>
		CO2d	Percentuale di record con Esito missione = "missione conclusa con il trasporto in ospedale/in punto di primo intervento oppure rendez vous, numero di pazienti > 0" e mancanza di data e ora di arrivo all'ospedale	Il dato è incompleto (manca ora e data arrivo in ospedale) o è errato l'esito (non c'è stato trasporto). L'operatore è comunque responsabile della completezza del dato.	Cagliari: 2.908 su 66.450= <b>4,4%*</b>	DELTA TENDENTE A <b>4,5 %</b>	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo	<b>5</b>
		CO2e	Completezza dati sui <b>cambi di stato</b> – segnalazione alle ATREU (*) sulle MSB e MSA che	Invio di almeno 5 segnalazioni/anno alle ATREU (*) competenti per	-	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	<b>10</b>

			non inseriscono correttamente i dati nel tablet	area geografica sulle postazioni non adempienti				
		CO2f	Verifica e controllo da parte della CO 118 dell'inserimento obbligatorio da parte delle MSB dei dati relativi alle <b>generalità e ruoli dell'equipaggio</b> operativo	Invio di almeno 5 segnalazioni/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti	-	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*), con indicazione delle MSB inadempienti	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	<b>5</b>
<b>CO3</b>	Miglioramento del dato time to target dei mezzi di soccorso avanzato e di base	CO3	Completezza e correttezza dei dati inseriti nelle schede con tablet che hanno un impatto negativo sull'andamento effettivo dell'indicatore "time to target"	Gli operatori di Centrale operativa devono monitorare i dati inseriti nelle schede con tablet in relazione alla completezza e correttezza.  Time to Target = tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata	Time to Target anno 2022:  Tempo medio arrivo primo mezzo: 22,52  Tempo medio arrivo primo mezzo (75 perc.): 25,00	Miglioramento % rispetto al "Time to Target" 2022		<b>25</b>
<b>ACC</b>	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività della C.O. 118 Cagliari / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite		<b>10</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione		<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

\* Corretto a posteriori da Servizi Informativi.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **CENTRALE OPERATIVA 118 DI SASSARI**

Area	Line
Direttore	Dr.ssa Paola Poddighe F.F.
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
CO1	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione - Ottimizzazione flussi informativi EMUR e TAE	CO1a	Riduzione errori o incompletezze evitabili nei flussi EMUR (prestazioni in emergenza urgenza) e TAE (Trasporto in Ambulanza ed Elisoccorso)	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."  I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori	RFV anno 2022: EMUR <b>89%*</b>	<b>EMUR Target regionale</b>  <b>≥ 95% (*)</b>	Valutazione con % rapportata all'95%		<b>10</b>
		CO1b		Standard Regionale = ≤ 5%  Il Servizio Informativo fornirà un report mensile su andamento dati, errori, carenze. Il risultato verrà commisurato all'entità del fenomeno in correlazione diretta ai dati di competenza delle Centrali operative e non di altri attori (PS, Reparti ecc.) <b>RFV</b> - Righe Flusso valide (fonte SIDI) - (*) N.B. il target in sede di valutazione potrà essere	RFV mese gennaio 2023: TAE <b>98%</b>	<b>TAE</b> <b>≥ 95%</b>	Valutazione con % rapportata al 95%		<b>10</b>

				<i>riconsiderato in caso di problemi con il nuovo software CUS118, attivato a dicembre 2021 (con parere Servizio Informatico)</i>				
CO2	Standardizzazione e miglioramento efficacia procedure di gestione delle missioni di soccorso	CO2a	Tempestività interventi codici di alta gravità presunta: % dei casi codici gialli e rossi presunti con tempo intercorso tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo entro 90 secondi.	Nell'85% dei casi la media tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento è ≤ 90 secondi.	COD GIALLI 88,34% COD ROSSI 62,78% <b>TOTALE 75,56%</b>	<b>85% ≤ 90 secondi</b>	Valutazione con % rapportata all' <b>81%</b> per le carenze della rete MSB e MSA regionale	<b>10</b>
		CO2b	Definizione di un prontuario per la gestione dei rendez vous e altri interventi tipici (es. trasporti secondari, trasporti d'organo) condiviso tra le Centrali Operative e la Direzione	Correttivo della problematica relativa ad incongruenze del dato determinato da errore operatore	Sassari: 7.050 su 59.839 = <b>11,78%*</b>	Definizione proposta di Prontuario condivisa tra Centrali Operative e Direzione entro – 31/10/2023	<b>5</b>	
		CO2c	Treatmento "trasporto in pronto soccorso oppure trasporto diretto in reparto di specialità e struttura di destinazione assente"	Il dato non è possibile: incongruenza logica con errore operatore	Sassari: 3.380 su 52.560 = <b>6,43%*</b>	DELTA TENDENTE A <b>3,1 %</b>	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo (sospeso)	<b>5</b>
		CO2d	Percentuale di record con Esito missione = "missione conclusa con il trasporto in ospedale/in punto di primo intervento oppure rendez vous, numero di pazienti>0" e mancanza di data e ora di arrivo all'ospedale	Il dato è incompleto (manca ora e data arrivo in ospedale) o è errato l'esito (non c'è stato trasporto). L'operatore è comunque responsabile della completezza del dato.	Sassari: 1.736 su 52.789= <b>3,28%*</b>	DELTA TENDENTE A <b>4,5 %</b>	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo	<b>5</b>
		CO2e	Completezza dati sui <b>cambi di stato</b> – segnalazione alle ATREU (*) sulle MSB e MSA che non inseriscono correttamente i dati nel tablet	Invio di almeno 5 segnalazioni/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti	Risultato finale obiettivo CO2e del PO 2022	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	<b>10</b>

		CO2f	Verifica e controllo da parte della CO 118 dell'inserimento obbligatorio da parte delle MSB dei dati relativi alle <b>generalità e ruoli dell'equipaggio</b> operativo	Invio di almeno 5 segnalazioni/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti	Risultato finale obiettivo CO2f del PO 2022	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*), con indicazione delle MSB inadempienti	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	<b>5</b>
<b>CO3</b>	Miglioramento del dato time to target dei mezzi di soccorso avanzato e di base	CO3	Completezza e correttezza dei dati inseriti nelle schede con tablet che hanno un impatto negativo sull'andamento effettivo dell'indicatore "time to target"	Gli operatori di Centrale operativa devono monitorare i dati inseriti nelle schede con tablet in relazione alla completezza e correttezza.  Time to Target = tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata	Tempo medio arrivo primo mezzo: 14,83  Tempo medio arrivo primo mezzo (75 perc.): 18,00	Miglioramento % rispetto al "Time to Target" 2022		<b>25</b>
<b>ACC</b>	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività della C.O. 118 Cagliari / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite		<b>10</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0  Anno precedente	0 punti in caso di segnalazione		<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

\*Corretto a posteriori da Servizi Informativi.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **NEA 116117**

Area	Line
Responsabile	Project manager
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

### Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

### Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>NEA1</b>	NEA 116117 - Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione	NEA1a	Monitoraggio Fase 1 (completamento lavori)	Il presente obiettivo verte su un project management complesso, che investe trasversalmente differenti ambiti di competenza, anche extra aziendali, con una tempistica provvisoria stabilita attraverso un diagramma GANTT. Nella valutazione occorrerà verificare, nei singoli ambiti di competenza, eventuali vincoli esterni non prevedibili ed esogeni rispetto all'ambito di responsabilità (ad es. difficoltà nell'approvvigionamento di materiali, tecnologie, competenze e autorizzazioni specifiche)  <b>Punteggio riassorbito nei precedenti se qualcosa va storto</b>	-	3 Relazioni trimestrali su stato di avanzamento lavori edili e definizione eventuali azioni di supporto			<b>25</b>
		NEA1b	Monitoraggio Fase 2 (installazione e funzionamento tecnologie ICT)		-	3 Relazioni trimestrali su stato di avanzamento tecnologie ICT e definizione eventuali azioni di supporto			<b>25</b>
		NEA1c	Monitoraggio Fase 3 (Arredi)			3 Relazioni trimestrali su stato di avanzamento tecnologie ICT e definizione eventuali azioni di supporto			<b>15</b>
		NEA1d	Monitoraggio Fase 4 (reclutamento e addestramento personale)		-	Completamento entro 80 gg prima dell'avvio del servizio (2023)	Completamento entro 60 gg prima dell'avvio del servizio (2023)	Completamento entro 45 gg prima dell'avvio del servizio (2023)	-
		NEA1e	Avvio servizio NEA 116117 entro il 2024		-	Avvio entro 31/01/2024			-

<b>NEA2</b>	Semplificazione procedure aziendali	NEA2a	Definizione procedura di integrazione con NUE 112	Coordinamento gestionale (operativo) e tecnologico (compito del Servizio Informatico)	Procedura formale assente	<b>Valut. 100%</b> - Definizione procedura <b>entro 31/12/2023</b>		<b>30</b>
		NEA2b	Definizione procedure di integrazione con COT e servizi territoriali	Coordinamento gestionale (operativo) e tecnologico (compito del Servizio Informatico)	Procedura formale assente	<b>Valut. 100%</b> - Definizione procedura <b>entro 31/12/2023</b>		-
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa	<b>NUE 112</b>
Area	Line
Direttore	Project manager - Dr.ssa Michela Cualbu
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

### Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

### Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>NUE1</b>	ATTUAZIONE MODELLO "CENTRALE UNICA REGIONALE" (CUR)– Gestione della chiamata di soccorso dalla fase di "ricezione" all'individuazione del PSAP2 competente	NUE1a	Tempo di attesa (dal primo squillo alla risposta dell'operatore NUE) = 10 SEC.	Disciplinare Tecnico Operativo Standard per la realizzazione e il funzionamento della Centrale Unica di Risposta e per la funzionalità del Servizio 112 NU (Ministero dell'Interno, Luglio 2018)  Unità di Tempo: 90' percentile	-	<b>10 SEC.</b> (valutazione in % al target)			<b>45</b>
		NUE1b	Tempo di invio chiamata (dalla risposta operatore NUE al primo squillo in chiamata verso il PSAP2) = 40 SEC	Disciplinare Tecnico Operativo Standard per la realizzazione e il funzionamento della Centrale Unica di Risposta e per la funzionalità del Servizio 112 NU (Ministero dell'Interno, Luglio 2018).  Unità di Tempo: 90' percentile.  Sono escluse le chiamate effettuate da stranieri che	-	<b>40 SEC.</b> (valutazione in % al target)			<b>45</b>

				richiedono il servizio "interprete". Escludere le chiamate non inoltrate al PSAP2.				
<b>ACC</b>	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività del NUE 112 / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite		<b>10</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

<i>Unità Organizzativa</i>	<b>COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO</b>
<i>Area</i>	Staff
<i>Direttore</i>	Dr.
<i>Anno</i>	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell’Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>F1</b>	Formazione e addestramento delle risorse umane del sistema di emergenza e urgenza pre-ospedaliera (appropriatezza ed aggiornamento delle competenze tecnico-professionali)	F1a	Rispetto interventi formativi pianificati per i dipendenti	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	80% eventi realizzati entro i termini pianificati (dipendenti)			<b>15</b>
		F1b	Rispetto interventi formativi pianificati per medici convenzionati	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	80% eventi realizzati entro i termini pianificati (medici convenzionati 118)			<b>15</b>
		F1c	Rispetto interventi formativi pianificati per ETS	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	50% eventi realizzati entro i termini pianificati (ETS)			<b>5</b>
<b>F2</b>	Semplificazione procedure aziendali Costruzione profilo Soccorritore	F2	Stesura procedura formativa che dovrà svolgere il personale laico per diventare "Soccorritore 118"	In collaborazione con l'Assessorato regionale al Lavoro	-	Definizione della procedura entro 30/06/2023			<b>10</b>
<b>F3</b>	Diffusione degli eventi formativi sul territorio regionale	F3	Attivazione di accordi e convenzioni a supporto dell'organizzazione logistica degli eventi sul territorio regionale	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	N. eventi formativi delocalizzati entro 31/12/2023			<b>10</b>
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg			<b>15</b>

				commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)			
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	-	Monitoraggio sezione amministrazione trasparente del sito AREUS, con eventuali segnalazioni ai responsabili, delle inadempienze in termini di obblighi di pubblicazione	<b>5</b>
<b>ACC</b>	Accessibilità fisica e digitale per i cittadini	ACCa	Aggiornamento della Carta dei servizi	Correlato all'implementazione dell'Atto Aziendale.	-	Adozione delibera entro il 31/12/2023	<b>10</b>
		ACCb	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività Aziendale / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite	<b>15</b>

**Totale Pesi OS 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. per l'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **EMERGENZA TERRITORIALE ED ELISOCCORSO**

Area	Staff
Direttore	Dr. Antonio Piras
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell’Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>EL1</b>	Realizzazione del progetto “servizio elisoccorso HEMS anche in orario notturno”	EL1	Attivazione Elisuperfici per servizio elisoccorso anche in orario notturno	<p>Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022 Progetto inviato con nota AREUS prot. n.10825 del 19/12/2019</p> <p><i>N.B. Per la corretta valutazione dell'obiettivo sarà necessario considerare l'impatto dei processi e dei tempi istituzionali esogeni rispetto all'ambito di responsabilità strettamente aziendale</i></p>	<p><b>Elisuperfici Attive:</b> Cagliari – Brotzu; Sassari volo diurno; Nuoro volo diurno; La Maddalena; Olbia; Alghero; Sorgono; Lanusei;</p>	<p><b>Valutazione e attività necessaria per attivazione Elisuperfici Spoke (in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie):</b> Sassari per volo notturno; Nuoro volo notturno (giugno 2023); Oristano; Ghilarza; Isili; Ozieri; Muravera; San Gavino M.; Iglesias; Carbonia;</p> <p><b>Valutazione e attività necessaria per attivazione siti comunali (in collaborazione con enti Locali competenti):</b> Alà Dei Sardi; Belvi; Carloforte; Luogosanto; Mara; Sennariolo</p>			<b>20</b>
<b>EL2</b>	Miglioramento della qualità dei processi legati alle attività di Elisoccorso	EL2	Predisposizione protocolli per l'utilizzo (accesso e decollo) elisuperfici H12 e di quelle H24	Elaborare procedure, in collaborazione con VVF, per atterraggio su Elisuperfici dei Presidi Spoke	Risultato finale obiettivo EL3a del PO 2022	N. procedure elaborate			<b>20</b>

				Definire procedure per H12 e H24				
<b>EL3</b>	Monitoraggio elisoccorso	EL3a	Monitoraggio dati sui pz in mobilità internazionale	Monitoraggio pz internazionali, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4a del PO 2022	Report 2023 su eventi registrati		<b>15</b>
		EL3b	Monitoraggio pz trasportati presso e da ospedali di altre Regioni	Monitoraggio trasporti extra Regione, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4b del PO 2022	Report 2023 su eventi registrati		<b>15</b>
		EL3c	Monitoraggio attività legate alla gestione dei trapianti intraregionali	Monitoraggio trasporto organi, trapianti ed espanti, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4c del PO 2022	Report 2023 su eventi registrati		<b>15</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>
<b>ACC</b>	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività dell'Elisoccorso/ Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite		<b>10</b>

**Totale Pesi OS 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

<i>Unità Organizzativa</i>	<b>INGEGNERIA CLINICA</b>
<i>Area</i>	Staff
<i>Direttore</i>	Dr. Giovanni Secci
<i>Anno</i>	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell’Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>IC1</b>	Gestione diretta della parte della Rete Emergenza-Urgenza afferente all'ambito "Territoriale" (passaggio da livello Regionale ad Aziendale) Approvazione regolamento procedura di accreditamento per gli Enti/soggetti formatori erogatori di corsi finalizzati all'ottenimento dell'autorizzazione all'uso dei Defibrillatori Automatici Esterni (DAE) in ambito extra-ospedaliero rivolti a soggetti laici e alla formazione dei formatori BLSD e P-BLSD	IC1a	Attivazione della procedura entro 30 giorni dalla pubblicazione della deliberazione della Giunta regionale di approvazione degli obiettivi dei direttori generali	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	DGR 47/21 del 25/09/2018 DGR 18/8 del 12/04/2018	Adozione della Delibera AREUS e attivazione della procedura entro il 27/03/2023			<b>10</b>

<b>IC2</b>	Gestione Registro Regionale Defibrillatori Automatici Esterni (DAE)	IC2a	Aggiornamento dell'elenco di tutti i defibrillatori presente nel territorio regionale	Attuale elenco non aggiornato.	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	Attivazione del Portale entro il 31/04/2023	<b>10</b>
		IC2b	Registro degli operatori autorizzati all'utilizzo del DAE	Attuale gestione In capo alle CO 118		Avvio gestione da parte dell'Ingegneria Clinica entro 31/05/2023	<b>5</b>
		IC2c	Registro degli enti accreditati all'erogazione dei corsi DAE	Registro attualmente pubblicato sul Portale "Sardegna Salute". Previsto il passaggio di gestione con relativa pubblicazione sul "Portale AREUS" entro 31/03/2023		Avvio gestione elenchi e accreditamento da parte di AREUS entro 31/03/2023	<b>10</b>
		IC2d	Registro degli istruttori	Registro aggiornato e attualmente pubblicato sul Portale "Sardegna Salute". Previsto il passaggio di gestione con relativa pubblicazione sul "Portale AREUS" entro 31/04/2023		Avvio gestione da parte di AREUS entro 31/04/2023	<b>5</b>
<b>IC3</b>	Avvio della nuova gestione con standardizzazione dei livelli qualitativi ed operativi del servizio	IC3a	Gestione e controllo MSA, attrezzature sanitarie ed elettromedicali su MSA	Definizione e supervisione delle attività manutentive correlate e attivazione degli eventuali contratti a tale scopo stipulati	-	Gestione 100% non conformità Mezzi, attrezzature ed elettromedicali MSA	<b>10</b>
		IC3b	Verifica stato manutentivo di MSA e apparecchiature elettromedicali	n. interventi effettuati / n. interventi pianificati su MSA ed elicotteri	100%	Controllo di almeno il 60% dei mezzi entro il 31/12/2023	<b>5</b>
		IC3c	Verifica dotazioni e stato manutentivo di MSB, attrezzature ed elettromedicali	n. ispezioni eseguite/ n. pianificate su MSB	100%	Predisposizione piano ispezioni 2023	<b>5</b>
		IC3f	Mappatura fabbisogni di tecnologie e attrezzature	Rilevamento fabbisogno da referenti SET 118 ed elibasi	-	Predisposizione piano investimenti 2024 per tecnologie e attrezzature sanitarie entro 30 ottobre 2023	<b>5</b>
<b>ETS</b>	Gestione tavolo tecnico convenzioni ETS	ETSa	Definizione protocollo di convenzionamento e accreditamento	Definizione requisiti idoneità mezzi e attrezzature per convenzionamento e per monitoraggio ETS	-	Definizione del protocollo tecnico di accesso alle convenzioni ETS/AREUS entro 30/06/2023	<b>10</b>
		ETSb		Definizione ambiti e corrispondenti penalità in caso di inadempimento in corso di convenzione		Definizione del regolamento delle penali in corso di Convenzione entro il 30/06/2023	<b>10</b>

<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Fornitura del parere tecnico al liquidatore entro 5 gg dalla richiesta dello stesso	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg		<b>10</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

1) Si rileva la necessità di acquisizione di n°1 risorsa di profilo amministrativo di supporto alla tenuta documentale, all'aggiornamento informatizzato delle attività pianificate ed eseguite, del magazzino beni sanitari e apparecchiature.

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **RISCHIO CLINICO, QUALITA' E ACCREDITAMENTO**

Area	Staff
Direttore	Dr.ssa Michela Cualbu
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
RC1	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	RC1	N. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative territoriali n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2023. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori.	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."  Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al secondo semestre del 2022. Le Segnalazioni riguardano <b>quasi eventi, eventi senza danno, eventi con danno, eventi sentinella con danno grave.</b> Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022  >= 20 segnalazioni >= 2 audit	>= 40 segnalazioni >= 4 audit  <i>(obiettivo in fase di negoziazione con la RAS pertanto suscettibile di modifica del target in corso d'anno)</i>			<b>35</b>

			Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES >= 40 segnalazioni >= 4 audit tutti i sinistri dell'Azienda	si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito ad entrambi gli indicatori.				
<b>RC2</b>	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	RC2	Esecuzione di FMEA per n. processi critici individuati	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."  Gruppo di Lavoro: Responsabile Qualità e CRM; Responsabili CO 118; Responsabili di Area Territoriale; Responsabile HEMS; Sulla base del "processo critico scelto" si procederà ad effettuare la tecnica di Analisi preventiva del rischio "FMEA".		Tot. Processi critici revisionati: n.1 processo critico per Area revisionato (100%)		<b>35</b>
<b>ETS</b>	Gestione tavolo tecnico convenzioni ETS	ETS	Definizione protocollo di convenzionamento e accreditamento	Definizione requisiti idoneità per convenzionamento e per monitoraggio ETS insieme all'Ingegneria Clinica	-	Definizione protocollo tecnico di accesso alle convenzioni ETS/AREUS entro 30/06/2023		<b>25</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **SISTEMI INFORMATIVI E RETI TECNOLOGICHE**

Area	Staff
Direttore	Dr. Gianfranco Bussalai
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2022

**Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione "Performance" del PIAO**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>ICT1</b>	Realizzazione di un'applicazione mobile integrata con le centrali operative del sistema emergenza sanitaria 118 per la geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE vicini al luogo ove si sia verificata l'emergenza	ICT1	Adozione dell'applicazione mobile integrata con le centrali operative 118 per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	-	Avvio manifestazione di interesse o una gara al fine di individuare un prodotto esistente e integrabile con il gestionale 118 di AREUS entro 31/08/2023			<b>10</b>
<b>ICT2</b>	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	ICT2a	N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."  I record sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno	-	≥ 95%			<b>10</b>

				2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori			
		ICT2b	Monitoraggio e gestione flussi informativi - Verifica qualità e rispetto tempistiche flussi EMUR, TAE e NUE 112	Il Servizio Informatico fornirà, mediante Beta80 report ad hoc alle C.Op. 118 ed alle ATREU sull'utilizzo dei tablet in relazione al cambio di stato, con l'elenco delle postazioni inadempienti Immissione dati nominativi e rispettivi ruoli dei componenti gli equipaggi MSB sul totale degli eventi con mezzo in stato 2. Invio almeno 4 Report alle ATREU competenti per territorio	Ultimo monitoraggio 10.03.2023	Rispetto tempistiche invio flussi (giorni 5 e 15 di ogni mese) e invio reportistica mensile monitoraggio completezza flussi EMUR, TAE e NUE 112	<b>20</b>
<b>ICT3</b>	NEA 116117 – Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione infrastruttura ICT e software	ICT1	Lavori sede Nuoro (NEA 116117) come da cronoprogramma	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Obiettivo DG – Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022.</li> <li>•Obiettivo subordinato ai tempi di conclusione dei lavori edili e dalla disponibilità dell'Accordo Quadro SPC Cloud lotto 1 o strumento equivalente utilizzabile.</li> </ul>	-	acquisizione dei beni e servizi necessaria alla realizzazione della Centrale	<b>35</b>
<b>ICT5</b>	Spostamento della Centrale Operativa 118 di Sassari a Rizzeddu	ICT3a	Attivazione preventiva di linee telefoniche e dati a Rizzeddu	L'esito dipende dall'effettiva conclusione dei lavori di strutturazione al Rizzeddu	Richiesta una sima budgetaria a TELECOM	Presentazione dello studio di fattibilità entro 30/06/2023	<b>10</b>
		ICT3b	Noleggio di un centralino e registratore per effettuare lo spostamento				
		ICT3c	Affidamento dei servizi di trasloco, configurazione e avvio della CO a Rizzeddu				
		ICT3d	Trasloco e dismissione sede di Palazzo Rosa				
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio (*)	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori	100% Anno 2022	100% entro i termini	<b>10</b>

				<p>termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali.</p> <p>Risultato parametrato alla %</p> <p>Nella valutazione devono essere sterilizzati eventuali ritardi dovuti a fattori esogeni motivati e documentati</p>				
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	<p>Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza</p>	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	<p>Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO</p> <p>Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza.</p> <p>Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT</p> <p>L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne dà informazione all'OIV</p>	-		100% entro i termini	<b>10</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **AFFARI GENERALI**

Livello	Struttura Complessa
Area	Tecnostruttura
Direttore	Dr.ssa Maria Grazia Figus
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell’Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione “Performance” del PIAO**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baselin e storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>AGL1</b>	Gestione convenzionamento ETS per l'erogazione del servizio di emergenza 118	AGL1	Aggiornamento convenzioni; -Adeguamento ISTAT; -Erogazione contributi regionali		Attività svolta regolarmente	Aggiornamento costante delle convenzioni rispetto a mezzi, personale e requisiti di accesso nelle singole postazioni MSB, - adeguamento ISTAT entro aprile 2023 - istruttoria e definizione manifestazione interesse per la erogazione dei contributi ambulanze entro 2 mesi da erogazione RAS - Distribuzione contributi regionali (5 mln 2023) entro 3 mesi da erogazione RAS, per semestri a consuntivo			<b>45</b>
<b>AGL2</b>	Adozione albo aziendale (short list) di avvocati/patrocinatori esterni con suddivisione per ambiti: - penale - civile - lavoro - amministrativo	AGL2	Short list aziendale legali di riferimento		Attività istruttoria	- Definizione short list legali entro 30/09/2023 - Supporto contenzioso legale			<b>20</b>

<b>AGL3</b>	Attuazione regolamento su accesso e rilascio copia documentazione sanitaria contenente "dati particolari", in collaborazione con Centrali Op.ve 118	AGL3	Registro digitale accesso atti	In raccordo con Centrali Operative 118	-	Implementazione registro digitale accesso atti entro 30/06/2023		<b>10</b>
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg		<b>10</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-	100% entro i termini		<b>10</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **BILANCIO E GESTIONE FINANZIARIA**

Area	Tecnostruttura
Direttore	Dr. Paolo Sau
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell’Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione “Performance” del PIAO**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>PAG</b>	Tempi di pagamento debiti commerciali nel rispetto delle prescrizioni ex art. 1, comma 865, L. 145/2018 per gli Enti del SSR (*)	PAGa	Pagamento entro 60 gg	Monitoraggio sui tempi di pagamento e dei tempi di liquidazione. Pubblicazioni trimestrali. Analisi qualitativa processi	4 pubblicazioni trimestrali con analisi qualitativa processi nel sito amministrazione trasparente	4 pubblicazioni trimestrali con analisi qualitativa processi nel sito amministrazione trasparente			<b>15</b>
		PAGb	Avvio Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	-	Avvio Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	Gestione Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura			<b>15</b>
		PAGc	Pagamento fatture entro 15 gg dall'avvenuta liquidazione	-	Emissione ordinativo di pagamento procedure standard entro 15 gg da liquidazione	Emissione ordinativo di pagamento procedure standard entro 15 gg da liquidazione			<b>15</b>
		PAGd	Analisi qualitativa delle dinamiche e tempistiche di registrazione, liquidazione e pagamento	Individuazioni giorni di ritardo e di esecuzione delle operazioni di registrazione, liquidazione e pagamento	-	Definizione report trimestrale per la Direzione Generale. Proposta eventuali azioni correttive a DG.			<b>15</b>

		PAGe	Riduzione debiti commerciali	Segnalazione ai rispettivi servizi di liquidazione dei debiti commerciali in scadenza o scaduti, in attesa di liquidazione	-	Segnalazione mensile ai servizi con file excel di dettaglio, a partire dal mese di adozione del Piano Operativo		<b>20</b>
<b>BIL</b>	Gestione processi per l'integrazione del modulo amministrativo contabile AMC con il modulo medicina convenzionata-MET HR03 della procedura informatica AREAS	BIL	Formalizzazione processi per esecuzione delle attività connesse alla erogazione degli emolumenti stipendiali dei MET	-	Parametrizzazione iniziata a fine 2021	Formalizzazione processi per esecuzione delle attività connesse entro i termini stipendiali		<b>5</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areas.sardegna.it">www.areas.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, L'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne dà informazione all'OIV	-	100% entro i termini		<b>10</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI**

Area	Tecnostruttura
Direttore	Dr. Francesco Bomboi
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell’Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione “Performance” del PIAO**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>RU1</b>	Assunzione idonei operatori telefonici profilo tecnico B, disponibili al momento della chiamata, in termini compatibili con l'avvio del servizio, per consentire addestramento sull'utilizzo degli applicativi NEA 116117	RU1	Assunzione idonei disponibili per avvio servizio NEA 116117	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibili idonei al momento della chiamata</li> <li>• tempi di riferimento: cronoprogramma definito dal project manager del NEA 116117</li> <li>• I tempi devono essere aggiornati rispetto al concreto stato di avanzamento del progetto NEA 116117 e del relativo cronoprogramma ufficiale compatibilmente con l'andamento della procedura di selezione del personale dedicato tramite ASPAL</li> </ul> <p>N.B. L'obiettivo deve essere considerato sospeso se il progetto non si attiva in tempi utili nell'anno in corso, ovvero rimandato all'esercizio successivo se il risultato della SC non è raggiungibile in corso d'anno</p>	-	assunzione idonei disponibili al momento della chiamata, in termini compatibili con l'avvio del servizio, per consentire addestramento			<b>15</b>

<b>RU2</b>	Reclutamento figure professionali previste nel PTFP, secondo le priorità indicate dalla Direzione	RU2	Tempo ed efficacia processo interno	<i>Interrelazione con ARES</i>  <i>Nella valutazione occorre tener conto che il processo è governato da ARES con i suoi tempi di processo, pertanto occorre analizzare le sole fasi di competenza AREUS</i>	-	Gestione 100% eventi entro tempi attesi e priorità indicate dalla Direzione	<b>15</b>
<b>RU3</b>	Gestione tempestiva degli istituti giuridici ed economici delle risorse umane (dipendenti e non) rispetto alle esigenze emergenti	RU3	-Tempestività nella gestione delle problematiche inerenti alle Risorse Umane -Prevenzione contenzioso con R.U.	<i>Applicazione corretta degli istituti</i>  <i>La valutazione viene effettuata dal D.G. ovvero dal D.A.</i>	-	Gestione 100% eventi entro tempi attesi e priorità indicate dalla Direzione	<b>15</b>
<b>RU4</b>	Messa a regime del nuovo assetto dell'Atto Aziendale con attività inerenti alla selezione, conferimento incarichi e stipula dei contratti individuali, secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione	RU4	Implementazione incarichi	<i>Il responsabile segue le priorità indicate dalla Direzione</i>	-	Pesatura incarichi Adeguamento fondi Conduzione processi selettivi Stipula contratti individuali	<b>20</b>
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg	<b>25</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, secondo indicazioni contenute nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-	100% entro i termini	<b>10</b>
--------------	---	-------	---	---	---	----------------------	-----------

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE**

Area	Tecnostruttura
Direttore	Dr. Massimiliano Oppo
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2023

**Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione "Performance" del PIAO**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>CG1</b>	Studio di fattibilità economica del sistema di soccorso 118	CG1a	Approvazione di una delibera sull'analisi dei costi del sistema 118	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."  D.Lgs. 117 de 3 luglio 2017 ss.m.i.	-	Proposta Delibera entro 31/12/2023 contenente analisi costi sistema 118			<b>30</b>
<b>CG2</b>	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione regionale	CG2a	Rispetto dei termini di presentazione dei documenti di programmazione: 15 novembre di ogni anno, in vista dell'approvazione del BPE entro il 31 dicembre o, comunque, entro 15 gg dal ricevimento degli ultimi input di programmazione su	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022	Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 13 novembre 2020	Entro 15/11/2023 o entro termini differenti stabiliti da RAS, ovvero entro 15 gg da ricevimento input di programmazione dei servizi interessati			<b>25</b>

			investimenti, servizi e personale					
		CG2b	Revisione Programmazione 2023-25 a seguito di modifica del finanziamento regionale	Entro il nuovo termine stabilito dalla RAS			Proposta Deliberazione entro termine stabilito dalla RAS	
<b>PERF</b>	Revisione Sistema Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)	PERF	Revisione SMVP anche alla luce dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale	Occorre considerare in particolare il nuovo assetto di Atto Aziendale per stabilire chi valuta chi	Adozione Delibera n. 231 del 25/09/2019; Revisione Delibera 192 del 29/10/2020		Proposta Delibera revisione SMVP entro 31/08/2023	<b>25</b>
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-		Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg	<b>10</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-		100% entro i termini	<b>10</b>

**Totale Pesi OS 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*

Unità Organizzativa **PROVVEDITORATO E TECNICO LOGISTICO**

Area	Tecnostruttura
Direttore	Dr. Barbara Boi
Anno	<b>2023 – Obiettivi validi sino ad implementazione delle UU.OO. dell'Atto Aziendale</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo del 2023

**Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:**

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
<b>EL2</b>	Realizzazione del progetto "servizio elisoccorso HEMS anche in orario notturno"	EL2	Realizzazione del piano di individuazione e attivazione Elisuperfici per servizio elisoccorso anche in orario notturno	<p>Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022 Progetto inviato con nota AREUS prot. n.10825 del 19/12/2019</p> <p><i>N.B. Per la corretta valutazione dell'obiettivo sarà necessario considerare l'impatto dei processi e dei tempi istituzionali esogeni rispetto all'ambito di responsabilità strettamente aziendale</i></p>	<p><b>Elisuperfici Attive:</b> Cagliari – Brotzu; Sassari volo diurno; Nuoro volo diurno; La Maddalena; Olbia; Alghero; Sorgono; Lanusei;</p>	<p><b>Valutazione e attività necessaria per attivazione Elisuperfici Spoke (in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie):</b> Sassari per volo notturno; Nuoro volo notturno (giugno 2023); Oristano; Ghilarza; Isili; Ozieri; Muravera; San Gavino M.; Iglesias; Carbonia;</p> <p><b>Valutazione e attività necessaria per attivazione siti comunali (in collaborazione con enti Locali competenti):</b> Alà Dei Sardi; Belvì; Carloforte; Luogosanto; Mara; Sennariolo</p>			<b>20</b>
<b>PTL3</b>	NEA 116117 - Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione	PTL3	Lavori sede Nuoro (NEA 116117)	<p>Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022</p> <p><i>N.B. Questo indicatore ed in particolare i target risentono dei</i></p>	Obiettivo rinviato al 2023 dalla DG	Approvazione progetto definitivo entro 90 gg dalla sottoscrizione del contratto d'affitto tra AREUS e Comune di Nuoro			<b>45</b>

				tempi esogeni legati al coinvolgimento di enti terzi e dell'approvvigionamento dei materiali per l'esecuzione degli stessi				
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-		Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg	<b>20</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-		100% entro i termini	<b>10</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(\*) N.B. in relazione all'obiettivo PAG, in sede di valutazione individuale del responsabile della UO, la Direzione considererà meritoria la tendenza a ridurre i tempi di processo al di sotto dello standard indicato nel target.

*F.to il Dirigente*

*F.to il Direttore Generale*