

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della			
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità
Miglioramento dei processi interni	Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi)/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	94,69% al 30.09.2023	>=95%	>=95%	>=95%			X	X
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose/numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	94,56% al 30.09.2023	>=95%	>=95%	>=95%			X	X
		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni vaccinati/popolazione di ultrasessantacinquenni *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	35,37% campagna 2022	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=75%	>=75%			X	X
Miglioramento dei processi interni	Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in grado di incidere sulle disuguaglianze di salute	Attivare un programma per la Copertura Vaccinale contro l'HPV	numero di soggetti di età pari ai 12 anni vaccinati (ciclo completo) / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	41,8% al 31.12.2022	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=95%			X	X
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	48,23% rispetto al target del 35% copertura anno 2023	tasso di adesione reale: mantenimento copertura 2023 o quantomento non inferiore al 38% (target regionale)	miglioramento rispetto al target regionale 2024	target regionale			X	X
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	48,02% rispetto al target del 30% copertura anno 2023	tasso di adesione reale: mantenimento copertura 2023 o quantomento non inferiore al 35% (target regionale)	miglioramento rispetto al target regionale 2024	target regionale			X	X
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	44,49% rispetto al target del 20% copertura anno 2023	tasso di adesione reale: mantenimento copertura 2023 o quantomento non inferiore al 25% (target regionale)	miglioramento rispetto al target regionale 2024	target regionale			X	X
Miglioramento dei processi interni	Attuare azioni integrate che mirano alla prevenzione collettiva e alla sanità pubblica volti al raggiungimento degli obiettivi di salute delineati nei Piani e Programmi nazionali e regionali	Garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali del Piano Regionale di Prevenzione 2020-25	numero di obiettivi raggiunti di pertinenza aziendale / totale degli obiettivi previsti nel PRP per l'anno 2024 di pertinenza aziendale *100	Gruppo di Coordinamento Aziendale del PRP	93% obiettivi 2022	>=90%	>=90%	>=90%			X	X
		Garanzia dei controlli per l'attività di vigilanza e sicurezza nei luoghi di lavoro: attuazione dei Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto	numero di controlli effettuati/ numero di controlli programmati *100	SPRESAL	100% nel 2022	100%	100%	100%			X	X
		Rispetto dei programmi regionali dei controlli ufficiali in ogni ambito delle attività di prevenzione	numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) effettuati/ numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) programmati *100	Strutture del Dipartimento di Prevenzione	100% nel 2022	>=90%	>=90%	>=90%			X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della			
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità
Miglioramento dei processi interni	Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità	Realizzazione e attivazione delle Centrali operative territoriali (COT)	% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR	Relazioni dei servizi coinvolti	100% obiettivi raggiunti nel 2023	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	X	X	X	X
		Realizzazione e attivazione delle Case di Comunità	% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR	Relazioni dei servizi coinvolti	100% obiettivi raggiunti nel 2023	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	X	X	X	X
		Realizzazione e attivazione Ospedali di Comunità	% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR	Relazioni dei servizi coinvolti	100% obiettivi raggiunti nel 2023	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	rispetto cronoprogramma PNRR	X	X	X	X
		Rafforzamento della rete territoriale assistenziale mediante la previsione del modello sperimentale di infermiere di comunità	Numero di sedi coperte dal servizio	Relazione del Servizio Professioni Sanitarie	nel 2023 avvio di una sperimentazione nel Comune di Busachi e nel Comune di Laconi	avvio di una sperimentazione nel Distretto di Oristano, 1 nel Comune di Bosa, 1 nel Comune di Villa Sant'Antonio	avvio delle attività in ogni ambito aziendale	consolidamento delle sperimentazioni in ogni ambito aziendale	X	X	X	X
		Ripristinare la rete aziendale degli ambulatori infermieristici territoriali				Almeno 3 ambulatori infermieristici per Distretto	Almeno 2 ambulatori infermieristici per Distretto		X	X	X	X
		Aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti	numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla fascia di età di riferimento*100	FLUSSO FLS 21 Q. H e SISaR ADI	2,92% anno 2022	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente			X	X
		Evoluzione del progetto "Rete delle Cure Palliative"	azioni previste nel triennio		Previsione della Unità Operativa Complessa Rete Locale Cure Palliative nell'Atto Aziendale	dotazione di ulteriori 2 medici					X	X
		Istituzione delle ASCoT per sopperire al fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale	soluzioni proposte	Ufficio Integrazione Ospedale Territorio	nell'anno 2023 apertura di 25 ambulatori ASCoT a servizio di 16.715 cittadini	apertura di 82 ambulatori ASCoT nel caso di conferma delle sedi carenti previste nel 2024					X	X
		Garantire il rispetto dei tempi di comunicazione degli incarichi vacanti per le sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS da parte della Regione	data entro la quale provvedere alla comunicazione				- MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno				X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della			
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità
Miglioramento della qualità del dato e promozione della trasparenza, integrità e anticorruzione	Riqualificare l'assistenza specialistica ambulatoriale e completare i progetti di digitalizzazione e trasparenza	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni (da CUP) da parte degli specialisti ambulatoriali nei Distretti	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni inoltrate da CUP *100	Segreteria CUP	88% anno 2023	85%	90%	90%	X	X	X	X
		Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per interni	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni richieste da interni *100	Segreteria CUP	88% anno 2023	90%	90%	90%	X	X	X	X
		Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni nei servizi/reparti ospedalieri (da CUP)	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni inoltrate da CUP *100	Segreteria CUP	95% anno 2023	90%	90%	90%	X	X	X	X
		Migliorare il rapporto tra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo	Rapporto tra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo*100	Segreteria CUP	77,70% anno 2023	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)	X	X	X	X
		Garantire 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	Segreteria CUP		95% del volume di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, rispetto ai volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo			X	X	X	X
		Incidere sull'abbattimento delle liste d'attesa mediante azioni mirate che coinvolgono gli specialisti ambulatoriali	azioni messe in atto nel triennio	Ufficio Integrazione Ospedale Territori-CUP	Nell'anno 2023 è stato deliberato il nuovo tempario per la specialistica ambulatoriale	adozione del nuovo tempario per la specialistica ambulatoriale e controllo delle prestazioni orarie erogate			X	X	X	X
Miglioramento dei processi interni		Riduzione dei ricoveri medici con finalità diagnostica eseguibili in setting assistenziali diversi dal ricovero	(N. di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica / totale delle dimissioni di degenza diurna) *100	file A	12% 1° semestre 2023	non superamento del target aziendale del 23%	non superamento del target aziendale del 23%	non superamento del target aziendale del 23%			X	X
		Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	(N. dimissioni dei ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) / totale dei RO medici)*100	file A	15% 1° semestre 2023	non superamento del target aziendale 17%	non superamento del target aziendale 17%	non superamento del target aziendale 17%			X	X
		Riduzione dei ricoveri inappropriati e ricollocazione nel corretto setting assistenziale (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B)	(ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza/ricoveri ordinari non a rischio di inappropriatazza)*100	file A	0,09% 1° semestre 2023	non superamento del target aziendale 0,29%	non superamento del target aziendale 0,29%	non superamento del target aziendale 0,29%			X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della			
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere	Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso la completa e corretta compilazione della SISPAC	n. procedure con check list compilata/totale delle procedure *100	file A - SOWEB	100%	100%	100%	100%	X	X	X	X
		Migliorare la proporzione delle colecistectomie laparoscopie con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg	file A	95,24% 1° semestre 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%			X	X
		Assicurare entro le 48 h il trattamento della frattura del femore in pazienti di età >=65 anni al fine di garantire un rapido e completo recupero	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <2gg /n. interventi per frattura del femore	file A	29,25% 1° semestre 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%			X	X
		Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ostetriche ottimizzando la proporzione dei tagli cesarei primari (15% (D.M. 2 aprile 2015, n.70 PO < 1000 parti anno)	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	file A	17% 1° semestre 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	miglioramento rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%			X	X
		Riapertura dell'attività di Emodinamica nella ASL di Oristano	numero di ore di apertura del servizio garantite	Carta dei Servizi	apertura h12 1° semestre 2023	apertura servizio h. 24	avvio a regime delle attività	avvio a regime delle attività			X	X
Miglioramento dei servizi per l'utente	Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere	Implementazione di nuove strutture/servizi all'interno della rete ospedaliera aziendale e l'attivazione dei Dipartimenti Ospedalieri	numero di nuove strutture attivate	SC Risorse Umane	3 nuove strutture nel 2023 (week surgery PPOO Bosa e Ghilarza, Senologia e Neurologia)	2 nuove strutture nel 2024 (Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico; Servizio Otorinolaringoiatria)				X	X	
		Istituzione del Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.), quale punto di presa in carico del paziente oncologico nel suo percorso assistenziale	apertura del servizio e sviluppo delle attività	relazione del referente CAS	apertura in via sperimentale nell'anno 2023	funzionamento a regime per tutte le patologie oncologiche			X	X	X	X
		Attivare un progetto di miglioramento per la gestione dei processi nel DH oncologico a partire dall'analisi delle criticità nella presa in carico del paziente, con il coinvolgimento dei servizi (SPS, laboratorio, radiologia, farmacia-ufa, ecc..) finalizzata a delineare un percorso agevole e efficiente	data entro la quale elaborare la procedura di presa in carico			elaborazione di una procedura di presa in carico con il coinvolgimento dei servizi			X	X	X	X
		Attivare almeno due gruppi interdisciplinari di cure oncologiche (DGR 38/49 del 17.11.2023)	numero di gruppi interdisciplinari di cure oncologiche da attivare			adozione della delibera di attivazione dei due gruppi di cure oncologiche			X	X	X	X
		Sala Operatoria: Monitoraggio lista d'attesa operatoria, individuazione criticità e individuazione azioni correttive	azioni intraprese nel triennio	Referente Sala Operatoria	presentata rendicontazione nel giugno 2023	messa in atto prime azioni correttive a avvio attività formative per dirigenti medici e personale del comparto coinvolto nella gestione della Sala Operatoria	monitoraggio delle attività e verifica efficacia delle azioni messe in atto		X		X	X
		Percentuale dei casi ove è presente concordanza tra codice di priorità in ingresso e in uscita in Pronto Soccorso	Percentuale dei casi ove è presente concordanza tra codice di priorità in ingresso e in uscita	EMUR	91% 1° semestre 2023	>=90%	>=90%	>=90%	X	X	X	X
		Percentuale dei ricoveri con codici gialli e verdi	Percentuale dei ricoveri con codici gialli e verdi	EMUR	33% per i gialli e 6% per i verdi 1° semestre 2023	<45% per i gialli e <8% per i verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi	<45% per i gialli e <8% per i verdi	X	X	X	X
		Nuove soluzioni organizzative all'interno del Pronto Soccorso per consentire il miglioramento della qualità delle cure, la riduzione del sovraffollamento dei pazienti e una maggiore appropriatezza dei ricoveri	azioni intraprese nel triennio	relazione del Direttore della Struttura		attivazione dell'OBI	attivazione fast track		X		X	X
				Sviluppo della telemedicina quale modello di cura in rete per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT			2 progetti (UO Cardiologia e Nefrologia) avviati su 3 da implementare	2 progetti (UO Cardiologia e Nefrologia) avviati su 3 da implementare	implemenatazione nuovi progetti di cardiologia e diabetologia	X	X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della			
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Modernizzare i servizi e innalzare gli standard di qualità delle prestazioni offerte mediante lo sviluppo integrato dei determinanti del governo clinico	Implementazione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali allo scopo di incrementare la qualità dell'assistenza erogata	numero di PDTA redatti/adottati	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	redazione di 2 PDTA (carcinoma mammella e colon retto)	Adozione del PDTA Tumore della mammella. Costruzione PDTA Scompenso Cardiaco e Piede diabetico e definizione PDTA tumore colon-retto	Monitoraggio e manutenzione dei PDTA elaborati e costruzione PDTA Diabete, Asma e Bronchite cronica	Monitoraggio e manutenzione PDTA esistenti e costruzione PDTA nuovi in rapporto ad una valutazione epidemiologica.	X		X	X
		Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo clinico attraverso FMEA per area	n. segnalazioni, audit e FMEA implementati nell'anno	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	50 segnalazioni, 6 audit e 3 FMEA al mese di novembre 2023; anno 2022: 26 segnalazioni e 6 audit	>=80 segnalazioni >= 2 audit per UO con facilitatore formato >=1 FMEA per area	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente		X	X	X
		Pianificare un corso di formazione sugli strumenti della clinical governance, rivolto ai direttori di struttura e ai professionisti dell'azienda per facilitare la costruzione di percorsi di qualità nell'ambito dell'Organizzazione.	azioni da avviare nell'anno	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		Pianificazione e attivazione di un corso sugli strumenti della clinical governance	Prosecuzione dei progetti avviati	Prosecuzione dei progetti avviati	X	X	X	X
		Formazione sui temi della qualità e della sicurezza delle cure	azioni da avviare nell'anno	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		Pianificazione e organizzazione di corsi per la rete aziendale dei facilitatori e referenti della qualità e del rischio clinico	Prosecuzione e affinamento dei progetti avviati sui temi della sicurezza delle cure		X	X	X	X
		Formazione sulle tematiche della Medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) rivolte ai professionisti sanitari dell'azienda	azioni da avviare nell'anno	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		Pianificazione e organizzazione di corsi per l'implementazione di strumenti digitali affidabili di livello internazionale per il supporto alle decisioni cliniche al letto del malato e nelle discussioni collegiali dei casi complessi.			X	X	X	X
		Partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	% di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	Direzione di Presidio		>=85% del target previsto dal PNRR M6C2.2.2b)			X	X	X	X
		Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione mediante la redazione dei 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 (DM 2.11.2015)	redazione del progetto	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		redazione del progetto entro l'anno	applicazione del progetto		X	X	X	X
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione (indice di gradimento)	Indice di gradimento medio	Programmazione e Controllo	8,6 nel periodo gennaio-agosto 2023	>=7	>=7	>=7	X	X	X	X
		Diffondere una cultura aziendale orientata al miglioramento continuo del contributo che ciascuno apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda e alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita. Adottare il nuovo regolamento sulla Performance Organizzativa e Individuale -	azioni implementate nel triennio	adozione del Regolamento della ATS Sardegna	approvato il nuovo regolamento sulla Performance Organizzativa e Individuale	Applicazione del nuovo regolamento	Misurazione della performance 2024 con il nuovo sistema		X	X		

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della				
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità	
Miglioramento della qualità del dato e promozione della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità del dato e dei flussi informativi aziendali a sostegno del processo di digitalizzazione della sanità	Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS)	n. dimessi/n. di SDO da file A storicizzate + n. dimessi*100	File A	100% 1° semestre 2023	100%	100%	100%	X	X	X	X	
		Migliorare la coerenza dei dati del flusso O rispetto a quanto presente nel FLUSSO FLS 21	% scostamento tra n° di casi inseriti su FLUSSO FLS 21 Q. H rispetto al numero di casi registrati su SISAR ADI	Flusso NSIS e SISAR ADI	anno 2019: 59% anno 2022: 97%	100%	100%	100%	X	X	X	X	
		Migliorare il rispetto delle tempistiche di inoltro dei modelli ministeriali NSIS rispetto alle scadenze	numero di modelli NSIS per i quali si è rispettata la data di inoltro rispetto alla scadenza	Flusso NSIS	100% anno 2023	100%	100%	100%	X	X	X	X	
Miglioramento dei processi interni	Implementare la nuova organizzazione aziendale e presidiare il processo di cambiamento organizzativo	Implementazione Atto aziendale	numero di strutture attive presenti nell'atto aziendale	SC Risorse Umane	conferimento 5 incarichi dirigenziali gestionali staff e tecnico struttura amministrativa e conferimento 4 incarichi direzione strutture sanitarie	conferimento 3 incarichi direzione strutture sanitarie	conferimento 3 incarichi direzione strutture sanitarie				X	X	
		Ricognizione della dotazione organica della ASL di Oristano a seguito della adozione dell'Atto Aziendale	data entro la quale effettuare la ricognizione della dotazione organica		adottata dotazione organica nel mese di giugno 2023	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo				X	X
		Predisposizione di un Regolamento di Organizzazione contenente anche il Funzionigramma Aziendale e il sistema di deleghe per funzioni	data entro la quale adottare il Regolamento di Organizzazione e adottare il Funzionigramma con il sistema di deleghe per funzioni		Funzionigramma Aziendale e sistema di deleghe per funzioni adottato nel mese di luglio 2023 per le strutture amministrative e di staff	Adozione del Regolamento di Organizzazione e gestione delle funzioni socio sanitarie e delle integrazioni ospedale-territorio						X	X
		Adozione dei principali Regolamenti Aziendali	data entro la quale adottare i principali regolamenti aziendali	Segreteria Direzione Generale		entro il mese di novembre				X	X	X	X
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio		Migliorare il sistema di acquisizione di nuove competenze e di aggiornamento delle conoscenze	n. di eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF *100	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		70% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF	80% degli eventi realizzati rispetto a quelli contenuti nel PAF				X	X	
		Promuovere la salute e il benessere del personale dell'azienda	azioni intraprese nel triennio	Relazione della SC Risorse Umane e del CUG	CUG costituito nel mese di ottobre 2023	Redazione del Piano delle Azioni positive	Attività del CUG a regime	monitoraggio sulla realizzazione delle azioni contenute nel Piano delle Azioni Positive	X		X	X	
Miglioramento della qualità del dato e promozione della trasparenza, integrità e anticorruzione	Promuovere la trasparenza, l'integrità e le strategie di contrasto alla corruzione	Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza sensibilizzando i direttori delle articolazioni organizzative dell'Azienda sul controllo dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio degli eventi corruttivi	data entro la quale inviare una relazione annuale all'RPCT da parte delle Strutture aziendali	RPCT	trasmesse entro novembre 2023 la relazione annuale all'RPCT da parte delle strutture aziendali	trasmissione entro l'anno in corso di una relazione annuale all'RPCT	trasmissione entro l'anno in corso di una relazione annuale all'RPCT	trasmissione entro l'anno in corso di una relazione annuale all'RPCT			X	X	
		Rispetto degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Trasparenza" del sito aziendale	numero di pubblicazioni nel sito della Trasparenza / numero di pubblicazioni indicate nel PIAO	Relazione strutture aziendali	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	aggiornamento continuo della sezione	X	X	X	X	
		Sperimentazione della digitalizzazione dei registri degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate	avvio della sperimentazione e avvio a regime nel triennio	relazione delle attività svolte rispetto a quelle necessarie	avviata la sperimentazione nel 2023	digitalizzazione del registro accessi documentali	digitalizzazione dei tre registri			X	X	X	X
		Partecipazione agli eventi formativi in materia di trasparenza e anticorruzione	numero di partecipanti alla formazione obbligatoria rispetto al totale dell'organico	Relazione strutture aziendali	nel 2023 è cresciuta di oltre il 50% la partecipazione del personale dipendente ai corsi di formazione	% migliorativa rispetto all'anno precedente	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale			X	X	

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della					
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità		
Miglioramento dei servizi per l'utente	Migliorare gli strumenti di comunicazione e di accessibilità ai servizi	Garantire la migliore accessibilità alle informazioni sui servizi erogati dall'azienda mediante il completamento del nuovo sito istituzionale della ASL di Oristano anche mediante una semplificazione del linguaggio e dei percorsi per l'accesso all'informazione	aggiornamento del sito aziendale	Referente Comunicazione	nel 2023 si è provveduto al continuo aggiornamento dei contenuti del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito	X	X	X	X		
		Attivazione del canale telegram per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie	attivazione del canale Telegram e aggiornamento	Referente Comunicazione	nel 2023 attivato canale Telegram, WhatsApp e YouTube e realizzato un TG della ASL con informazioni sulle attività aziendali	aggiornamento continuo dei canali attivati nel 2023 e pubblicazione Carta dei Servizi Aziendale	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	X	X	X	X		
		Prevedere un percorso di standardizzazione e digitalizzazione della modulistica dei diversi servizi aziendali rivolto sia agli utenti esterni che interni	numero di procedure standardizzate nel triennio	Referente URP	nel 2023 sono state standardizzate e pubblicate nel sito 10 procedure	standardizzazione di ulteriori 10 procedure	standardizzazione di ulteriori 10 procedure			X	X	X	X	
Miglioramento dei processi interni	Sviluppare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto	Mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile	data entro la quale effettuare la mappatura	SC Risorse Umane	redatta mappatura nel mese di giugno 2023				X	X	X	X		
		Mappare l'adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente	data entro la quale effettuare la mappatura	SC Risorse Umane	non presentata mappatura dotazione tecnologica da parte dell'ICT	richiesta mappatura ad ARES entro l'anno				X	X	X	X	
		Adottare il Regolamento per il Lavoro Agile, che sarà redatto tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definire il format di accordo individuale per l'esecuzione del lavoro agile			redatto regolamento nel mese di luglio 2023					X	X	X	X	
		Raccogliere i fabbisogni formativi e avviare la fase formativa per i dirigenti e i dipendenti finalizzata al miglioramento delle competenze nell'utilizzo delle tecnologie digitali			raccolto il fabbisogno formativo nel mese di novembre 2023					X	X	X	X	
		Predisposizione del fabbisogno formativo finalizzato al Consolidamento di una cultura orientata al lavoro per obiettivi, per progetti e processi, con la capacità di misurarne i risultati rivolta ai dirigenti e ai dipendenti						entro dicembre 2025			X	X	X	X
		Perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente						entro dicembre 2025			X	X	X	X
		Consolidamento di una cultura manageriale orientata ai risultati. Saranno oggetto di studio e definiti gli indicatori maggiormente utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi							entro dicembre 2026		X	X	X	X
		Valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa							entro dicembre 2026		X	X	X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2024	target 2025	target 2026	Impatto sulle dimensioni della			
									semplificazione	digitalizzazione	accessibilità	pari opportunità
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Sviluppare strumenti di governo e di controllo della spesa finalizzato ad un ottimale uso delle risorse limitate e scarse, condizione indispensabile per assicurare garanzia di equità ai cittadini nel fruire dei livelli essenziali di assistenza	Ricognizione dei progetti finanziati vincolati: predisposizione di un report di ricognizione con la fonte di finanziamento e rendicontazione dei residui	numero di rendiconti presentati annualmente		rendicontazione parziale al mese di novembre 2023	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	X	X	X	X
		Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: ridurre la presenza di imputazioni a centri di rilevazione comuni	Valore di ordini su CdRIL A5DA010199/valore totale ordini	AMC	6,45% al mese di settembre 2023	soglia di errore entro il 3%	soglia di errore entro il 3%	soglia di errore entro il 3%	X	X	X	X
		Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: dettagliare la chiave contabile nelle scritture in prima nota	Valore di scritture di PN con dettaglio di chiave contabile completo/Valore totale di scritture di PN	AMC	94,21% al mese di settembre 2023	>= 97%	>= 97%	>= 97%	X	X	X	X
		Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali: garantire la presenza del legame al codice di progetto nelle subautorizzazioni di spesa	Valore assestato Sub Autorizzazioni con legame codice progetto/Totale Valore Assestato Sub Autorizzazioni Macro diverse da 1	AMC	97,95% nel mese di settembre 2023	>=97%	>=97%	>=97%	X	X	X	X
		Raggiungere l'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giorni di per la liquidazione e i pagamenti	AMC	media 28,3 gg al 31/12/2023 rispetto ai 30 gg previsti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	X	X	X	X
		Creazione di un Fascicolo digitale contenente le informazioni di sintesi dei contenziosi in corso e degli anni pregressi (2022)	data entro la quale creare il fascicolo e suo aggiornamento	SC Affari Generali e Legali	creato fascicolo digitale nel mese di giugno	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	X	X	X	X
		Rendicontazione periodica sullo stato dei contenziosi	numero di report da produrre nell'anno	SC Affari Generali e Legali	avvio rendicontazione periodica dal mese di giugno 2023	report semestrale/ annuale	report semestrale/ annuale	report semestrale/ annuale	X	X	X	X
		Realizzazione di un Campo Fotovoltaico all'interno del perimetro ospedaliero di Oristano	attività previste	Servizio Tecnico				avvio attività di installazione			X	X
		Redazione di report periodici degli interventi di manutenzione pianificati ed effettuati (stato dei lavori) e di eventuali richieste fuori programma	numero di report da produrre nell'anno	SC Tecnico Logistico e Patrimonio	avvio rendicontazione periodica dal mese di giugno 2023	report semestrale	report semestrale	report semestrale	X		X	X
Redazione di report periodici degli investimenti pianificati con stati di avanzamento dei lavori	numero di report da produrre nell'anno	SC Tecnico Logistico e Patrimonio	avvio rendicontazione periodica dal mese di giugno 2023	report semestrale	report semestrale	report semestrale	X		X	X		