

Allegato A) OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2025-2027

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027	Impatto sulle dimensioni della			
									semplific azione	digitalizz azione	accessi bilità	pari opportunità
Miglioramento dei servizi per l'utente	Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e promuovendo una equità di accesso del servizio alla popolazione	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	95,76% anno 2024	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib			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	95,68% anno 2024	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)			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	36,69% ultima campagna conclusa anno 2023	miglioramento rispetto all'anno precedente della Copertura Vaccinale Antinfluenzale nei soggetti di età >=65 anni	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale			X	X
Miglioramento dei servizi per l'utente	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	49% anno 2024	miglioramento rispetto all'anno precedente	>=95%	>=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	copertura anno 2024: 39,66% rispetto al target del 38	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2024 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2026 o quantomeno non inferiore al 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	copertura anno 2024: 51,43% rispetto al target del 35%	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2024 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2026 o quantomeno non inferiore al 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	copertura anno 2024: 43,34% rispetto al target del 25%	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2024 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2026 o quantomeno non inferiore al target regionale			X	X
Miglioramento dei processi interni	Salvaguardare l'ambiente e sensibilizzare i concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici della provincia, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro.	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	obiettivi 2023: 100% obiettivi 2024: dato in corso di elaborazione	>=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	al 10.09.2024: 1) Ispezioni in Aziende Edili 82,31% ; 2) Ispezioni cantieri Edili 71,82%; 3) Controlli Aziende Comparto Agricolo 57,50%	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% anno 2024	>=90%	>=90%	>=90%			X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027	Impatto sulle dimensioni della			
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%	avvio a regime delle COT	avvio a regime delle COT monitoraggio delle attività	monitoraggio delle attività svolte	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%	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2025 finalizzato all'operatività delle Case di Comunità	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività delle Case di Comunità e avvio a regime nel secondo semestre	avvio a regime delle Case di Comunità monitoraggio delle attività svolte	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%	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2025 finalizzato all'operatività dell'Ospedali di Comunità di Bosa	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività degli Ospedali di Comunità e avvio a regime nel secondo semestre dell'Ospedale di Comunità di Bosa	avvio a regime degli Ospedali di Comunità e monitoraggio delle attività svolte	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	Presenti 1 ambulatorio nei seguenti Comuni: Busachi, Laconi, Oristano, Bosa, Villa Sant'Antonio	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	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	8,10% anno 2024	aumento del numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto all'anno precedente	10% di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla stessa fascia di età (entro giugno). Target PNRR	Aumento del numero di assistiti o quantomeno mantenimento target 2026			X	X
		Evoluzione del progetto "Rete delle Cure Palliative"	azioni previste nel triennio	UOC Rete Locale Cure Palliative	Attivazione UOC Rete Locale Cure Palliative presente nell'Atto Aziendale	Sperimentazione presso l'ambito di Oristano dell'avvio delle attività della Rete di Cure Palliative	Avvio a regime presso i tre Distretti Socio Sanitari				X	X
		Attivazione di ambulatori territoriali dello scompenso cardiaco in ogni Distretto Socio Sanitario con l'attivazione anche di un ambulatorio infermieristico in stretto raccordo con l'ambulatorio ospedaliero già attivo	numero di ambulatori attivi	Direttori dei Distretti SocioSanitari	nessun ambulatorio attivo	presenza di 1 ambulatorio in ogni Distretto Socio Sanitario			X		X	X
		Avvio di un progetto di counseling degli Infermieri di comunità con un ruolo proattivo per informare, educare e sostenere il paziente e la famiglia nel progetto di cura dello scompenso cardiaco	numero di ambulatori attivi	Servizio delle Professioni Sanitarie	nessun ambulatorio attivo	presenza di 1 ambulatorio in ogni Distretto Socio Sanitario			X		X	X
		Attivazione del telemonitoraggio della glicemia per pazienti particolarmente fragili con diabete (pazienti in ADI, RSA, Case di Riposo o con particolari condizioni di salute o familiari)	avvio del progetto di sperimentazione entro l'anno	UO Diabetologia	assenza del servizio di telemonitoraggio	sperimentazione con almeno 1 Distretto Socio Sanitari	sperimentazione con ognuno dei tre Distretti Socio Sanitari		X		X	X
		Avvio di un progetto di counseling degli Infermieri di comunità con un ruolo proattivo per informare, educare e sostenere la famiglia e il paziente che si trova in condizioni di fragilità, nel progetto di cura del diabete	numero di ambulatori attivi	Servizio delle Professioni Sanitarie	nessun ambulatorio attivo	presenza di 1 ambulatorio per almeno 2 Distretti Socio Sanitari	presenza di 1 ambulatorio per ogni Distretto Socio Sanitario		X		X	X
Miglioramento dei servizi per l'utente	Ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico	Garantire l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari delle fasce della popolazione in condizioni di vulnerabilità che subiscono più frequentemente e gravemente gli effetti delle barriere di accesso economiche, sociali e culturali	numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico partecipanti al programma "Equità nella Salute"	Direzione Socio Sanitaria	19 anno 2024	146	293	439	X		X	X
			numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico cittadini di paesi terzi partecipanti al programma "Equità nella Salute"		8 anno 2024	58	117	175	X		X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027	Impatto sulle dimensioni della				
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	86% I semestre 2024. Dato anno 2024 in corso di elaborazione	90%	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	86% I semestre 2024. Dato anno 2024 in corso di elaborazione	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	90% I semestre 2024. Dato anno 2024 in corso di elaborazione	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	79,76% I semestre 2024. Dato anno 2024 in corso di elaborazione	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)	X	X	X	X	
Miglioramento dei processi interni	Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere	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	9,09% 1° semestre 2024	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%			X	X	
		Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	(N. dimissioni dei ricoveri ordinari medici brevi (0-1 g) / totale dei RO medici)*100	file A	14,58% 1° semestre 2024	non superamento della media nazionale del 8,86%	non superamento della media nazionale del 8,86%	non superamento della media nazionale del 8,86%			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 inappropriatezza/ricoveri ordinari non a rischio di inappropriatezza)*100	file A	0,08% 1° semestre 2024	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29%	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29%	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29%			X	X	
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio		Migliorare la proporzione delle colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg	file A	81,7% al mese di ottobre 2024	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	% percentuale migliorativa 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	26,45% al mese di ottobre 2024	% migliorativa rispetto all'anno precedente	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	% migliorativa 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	19% al mese di ottobre 2024	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 25%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 17%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 15%			X	X	
		Riapertura dell'attività di Emodinamica nella ASL di Oristano	numero di ore di apertura del servizio garantite	Carta dei Servizi	apertura h12 anno 2024	apertura servizio h. 24					X	X	
Miglioramento dei servizi per l'utente		Implementazione di nuove strutture/servizi all'interno della rete ospedaliera aziendale	numero di nuove strutture attivate	SC Risorse Umane	3 nuove strutture nel 2024 (oculistica, otorinolaringoiatria, Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico e riapertura dell'OBI)	Apertura UO Dermatologia e avvio attività interventistica nuove discipline di otorinolaringoiatria e oculistica						X	X
Miglioramento dei servizi per l'utente	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 presentare un progetto sui punti prelievo diffusi nel territorio per i pazienti in ADI	SSD ADI, SC Laboratorio Analisi e Servizio Professioni Sanitarie		entro il mese di ottobre				X	X	X	X	
Miglioramento dei servizi per l'utente	Sala Operatoria: Monitoraggio lista d'attesa operatoria, individuazione criticità e individuazione azioni correttive	data entro la quale realizzar une evento formativo per l'efficientamento nell'uso della sala operatoria	Referente Sala Operatoria		entro il mese di novembre				X		X	X	

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027	Impatto sulle dimensioni della			
		Ricerca dell'appropriatezza nell'attribuzione del codice colore con uno scostamento non lontano rispetto alla media nazionale	scostamento nell'attribuzione del codice colore rispetto al valore nazionale	UO Medicina Chirurgia d'Accettazione e Urgenza		<7%			X	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	95% anno 2024	>=90%	>=90%		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 oculistico e otorinolaringoiatrico	prosecuzione con protocolli di attivazione di fast track per altre branche		X		X	X
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 6 PDTA (carcinoma mammella, colon, retto, scompenso cardiaco, transizione dei giovani diabetici verso l'età adulta e piede diabetico)	Monitoraggio e manutenzione dei PDTA elaborati e costruzione PDTA Diabete, Bronchite cronica (BPCO), Insufficienza renale	Monitoraggio e manutenzione PDTA esistenti e costruzione PDTA nuovi in rapporto ad una valutazione epidemiologica.	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	148 segnalazioni, 20 audit (UO con facilitatore formato 6) e 3 FMEA	attività a regime sulla base delle esigenze rappresentate				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	Realizzato nel 2024 un corso sulla costruzione di PDTA "Metodologia e strategie per l'implementazione dei percorsi clinico assistenziali (PCA/PDTA)"	pianificare e realizzare la formazione per l'implementazione della metodica dell'audit and feedback (A&F)	sviluppare di PDTA aziendali attraverso lo strumento e l'attività di audit and feedback (A&F)		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	in attesa di comunicazioni sulla percentuale di partecipazione	rispetto del target regionale	rispetto del target regionale		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 trasfusionale (DM 2.11.2015)	redazione del progetto	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	progetto redatto	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	8,8 anno 2024	>=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	Misurazione della performance 2024 con il nuovo sistema			X	X		

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027	Impatto sulle dimensioni della			
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	96% al mese di novembre 2024	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 2023: 2% dato 2024 disponibile il 31.01.2025	0%	0%	0%	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 2024	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 4 incarichi direzione strutture sanitarie (oculistica, otorino, cure palliative, Riabilitazione DH e ambulatoriale)	conferimento di almeno 3 incarichi di struttura					X	X
		Ricognizione degli organici della ASL di Oristano a seguito della adozione dell'Atto Aziendale	data entro la quale effettuare la ricognizione degli organici	SC Risorse Umane	adottata dotazione organica nel mese di giugno 2023	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo				X	X
		Elaborazione e implementazione della regolamentazione aziendale in materia di gestione delle risorse umane	numero di regolamenti adottati	SC Risorse Umane		adozione regolamento in materia di lavoro a tempo parziale	adozione regolamento in materia di permessi e congedi del personale dipendente	adozione regolamento in materia di prestazioni aggiuntive	X		X	X
		Adozione dei principali Regolamenti Aziendali	numero dei principali regolamenti aziendali adottati	Segreteria Direzione Generale		10 regolamenti	10 regolamenti	10 regolamenti	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. Attuare progressivamente quanto indicato nella direttiva del 16.01.2025 del Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano	ambiti su cui intervenire	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		progressivo miglioramento del processo di programmazione, erogazione e monitoraggio della formazione	maggiore capillarità nel raggiungere il personale da formare	maggiore capillarità nel raggiungere il personale da formare		X	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 ma non individuati i componenti	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 semestrale e una annuale all'RPCT da parte delle Strutture aziendali	RPCT	trasmesse entro le scadenze le relazioni all'RPCT da parte delle strutture aziendali	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al 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 "Trasparenza" del sito aziendale	aggiornamento continuo della sezione "Trasparenza" del sito aziendale	aggiornamento continuo della sezione "Trasparenza" del sito aziendale	aggiornamento continuo della sezione "Trasparenza" del sito aziendale	X	X	X	X
		Digitalizzazione dei registri degli accessi documentali, civili e civili generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate e mantenerli costantemente aggiornati	avvio della sperimentazione e avvio a regime nel triennio	relazione delle attività svolte rispetto a quelle necessarie	avviata la sperimentazione nel 2023 e 2024	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei 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 2024 è cresciuta di oltre il 60% la partecipazione del personale dipendente ai corsi di formazione	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale			X	X
		Revisionare il Regolamento sul trattamento dei dati personali	data entro la quale adottare il regolamento	SC Affari Generali		entro il mese di giugno			X	X	X	X
		Adottare i provvedimenti di attribuzione di specifici compiti e funzioni, connessi al trattamento dei dati personali in capo a ciascun dirigente assegnatario di risorse umane	data entro la quale assolvere ai provvedimenti di attribuzione di compiti e funzioni	SC Affari Generali		entro il mese di novembre			X	X	X	X
		Revisionare i registri dei trattamenti dei dati personali	data entro la quale provvedere ad una revisione dei registri	SC Affari Generali		entro il mese di ottobre	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo	X	X	X	X
		Adottare del Regolamento sulla videosorveglianza	data entro la quale adottare il regolamento	Servizio Tecnico		entro il mese di novembre					X	

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Informativa	Valore Storico	target 2025	target 2026	target 2027	Impatto sulle dimensioni della			
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	Ufficio Stampa	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito			X	X	X	X
		Attivare canali di comunicazione ad es. Telegram e tenerlo aggiornato per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie. Pubblicazione della Carta dei Servizi sul sito aziendale	attivazione del canale Telegram e aggiornamento continuo. Pubblicazione Carta dei Servizi nel sito aziendale	Ufficio Stampa	attivati canali Telegram, WhatsApp e YouTube e realizzato un TG della ASL con informazioni sulle attività aziendali. Pubblicata la Carta dei Servizi sul sito Aziendale	aggiornamento continuo degli strumenti di comunicazione	aggiornamento continuo degli strumenti di comunicazione	aggiornamento continuo degli strumenti di comunicazione	X	X	X	X
		Migliorare l'accessibilità fisica agli edifici che ospitano servizi sanitari	numero di interventi da realizzare	Servizio Tecnico	realizzate rampe di accesso su tre edifici	realizzazione di interventi per facilitare l'accesso presso tre strutture					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	sono standardizzate e pubblicate nel sito 158 procedure	standardizzazione di ulteriori 5 procedure	standardizzazione di ulteriori 5 procedure	standardizzazione di ulteriori 5 procedure	X	X	X	X
Miglioramento dei processi interni	Sviluppare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto	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	data entro la quale definire il fabbisogno formativo	SC Risorse Umane		entro dicembre 2025			X	X	X	X
		Perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente	data entro la quale perfezionare le dotazioni tecnologiche	SC Risorse Umane		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	data entro la quale elaborare gli indicatori utili per definire il contributo del dipendente	SC Risorse Umane			entro dicembre 2026		X	X	X	X
		Valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa	data entro la quale relazionare in merito all'impatto del lavoro agile sulla performance organizzativa	SC Risorse Umane			entro dicembre 2026		X	X	X	X
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	UO Gestione Risorse Economico Finanziarie	rendicontazione al mese di dicembre 2024	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	0,92% (dato 2024 in corso di aggiornamento)	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	99,65% (dato 2024 in corso di aggiornamento)	>= 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	95,03 % (dato 2024 in corso di aggiornamento)	>=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 17,6 gg per la liquidazione al mese di novembre 2024 rispetto ai 30 gg previsti (dato in corso di aggiornamento)	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
		Realizzazione di un Campo Fotovoltaico all'interno del perimetro ospedaliero di Oristano. Sostituzione dei sistemi di produzione di acqua calda sanitaria con sistemi a pompa di calore ad alta efficienza	attività previste	SC Tecnico Logistico e Patrimonio	intervento fotovoltaico non realizzato	sostituzione di almeno 2 istemi di produzione di acqua calda sanitaria con sistemi a pompa di calore ad alta efficienza					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	prodotta rendicontazione periodica	report semestrale	report semestrale	report semestrale	X		X	X