

Allegato 1. OBIETTIVI STRATEGICI E OPERATIVI PER IL TRIENNIO 2026-2028

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Anagrafe Vaccinale Regionale	95,45% anno 2025	>=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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Anagrafe Vaccinale Regionale	95,30% anno 2025	>=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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Anagrafe Vaccinale Regionale	21,56% anno 2024	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale	>=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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Anagrafe Vaccinale Regionale	61% anno 2025	>=95%	>=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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Centro Screening	copertura anno 2025: 41,27% rispetto al target del 35%	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale			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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Centro Screening	copertura anno 2025: 47,36% rispetto al target del 35%	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale			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	SC Igiene e Sanità Pubblica	Centro Screening	copertura anno 2025: 44,62%% rispetto al target del 25%	tasso di adesione reale uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale			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	Strutture del Dipartimento di Prevenzione	Gruppo di Coordinamento Aziendale del PRP	obiettivi 2023: 100% Obiettivi 2024:100% Obiettivi 2025: in fase di rendicontazione						X	X
		Garantire i 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	SPRESAL	Al 31.12.2025: 1) Ispezioni in Aziende Edili 130 su 130 (100%) ; 2) Ispezioni cantieri Edili 110 su 110 (100%); 3) Controlli Aziende Comparto Agricolo 40 su 40 (100%)	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	Strutture del Dipartimento di Prevenzione	100% anno 2025	100%	100%	100%			X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	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	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Relazioni dei servizi coinvolti	avviata attività nelle sedi programmate Oristano e Ghilarza	attività a regime delle COT e monitoraggio delle attività svolte	monitoraggio delle attività svolte	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	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Relazioni dei servizi coinvolti	cronoprogramma delle attività rispettato per l'anno 2025	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività delle Case di Comunità e avvio a regime dal mese di aprile	attività a regime delle Case di Comunità monitoraggio delle attività svolte	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	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Relazioni dei servizi coinvolti	cronoprogramma delle attività rispettato per l'anno 2025	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività degli Ospedali di Comunità e attività a regime nel secondo semestre dell'Ospedale di Comunità di Bosa	attività a regime degli Ospedali di Comunità e monitoraggio delle attività svolte	attività 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	Sc Servizio delle Professioni Sanitarie e Direzioni di Distretto	Relazione del Servizio Professioni Sanitarie	Presente attività nei seguenti Comuni: Busachi, Laconi, Oristano, Bosa, Villa Sant'Antonio. Avviata nel 2025 attività anche nei comuni di Ales, Terralba e Ghilarza	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	completamento della copertura degli ambiti territoriali	sviluppo delle attività in capo agli infermieri di comunità	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	Sc Servizio delle Professioni Sanitarie e SSD ADI	FLUSSO FLS 21 Q. H e SISaR ADI	11,89% dato provvisorio anno 2025	10% di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla stessa fascia di età (entro giugno). Target PNRR	mantenimento valore 2025 o quantomento rispetto del target 10%	mantenimento valore 2025 o quantomento rispetto del target 10%			X	X
		Evoluzione del progetto "Rete delle Cure Palliative"	azioni previste nel triennio	UOC Rete Locale Cure Palliative	UOC Rete Locale Cure Palliative	Sperimentazione avviata nei tre distretti (attività ambulatoriale, attività domiciliare e attività presso Hospice)	Attività a regime presso i tre Distretti Socio Sanitari					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	UO Diabetologia	attivato progetto sperimentale in alcune Case di riposo del Distretto di Oristano	sperimentazione con ognuno dei tre Distretti Socio Sanitari	attività a regime nei tre distretti	attività a regime nei tre distretti	X		X	X
		Attivazione di 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 oncologici	SSD ADI, SC Laboratorio Analisi e Servizio Professioni Sanitarie	SSD ADI, SC Laboratorio Analisi e Servizio Professioni Sanitarie	progetto presentato	attivazione della procedura di presa in carico dei prelievi pre-chemioterapia nei pazienti oncologici in ambito decentrato sfruttando la rete dei prelievi del laboratorio			X	X	X	X
		Implementazione di un modello di stratificazione della popolazione, con l'utilizzo di diversi flussi informativi sanitari, per la definizione di gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura e assistenza, funzionale all'avvio di programmi di medicina di iniziativa nel nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale quali ad esempio le Case della Salute	data entro la quale rendere operativo il modello di stratificazione della popolazione	Direzione Sanitaria/Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali/Programmazione e Controllo	Direzione Sanitaria/Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali/Programmazione e Controllo		entro il mese di settembre	utilizzo del modello a regime	utilizzodel modello a regime		X	X	X
		Reclutamento e presa in carico della popolazione individuata mediante la stratificazione della popolazione per specifici bisogni di salute, secondo il nuovo modello di sanità territoriale con l'intervento dei professionisti delle Case della Comunità per una presa in carico mirata della popolazione con patologie croniche e dei pazienti in carico nei PDTA	numero di pazienti reclutati dai professionisti delle Case della Comunità in base al campione individuato secondo il modello di stratificazione del rischio	Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali e SPS	Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali e SPS		avvio in forma sperimentale con il reclutamento del 10% del campione individuato con patologie croniche semplici e del 10% del campione individuato con patologie croniche complesse e avanzate	reclutamento del 80% del campione individuato con patologie croniche semplici e del 60% del campione individuato con patologie croniche complesse e avanzate	reclutamento del 100% del campione individuato con patologie croniche semplici e del 100% del campione individuato con patologie croniche complesse e avanzate		X	X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	Impatto sulle dimensioni della:			
		Avvio progetto di Telemedicina per lo sviluppo dei servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT	data entro la quale produrre ad ARES i fabbisogni in termini di configurazione delle postazioni di lavoro alle attività di Telemedicina affinché possa procedere all'adeguamento e attivazione delle postazioni di lavoro aziendali	Direttore dei Servizi Territoriali e Direzioni di Presidio	Direttore dei Servizi Territoriali e Direzioni di Presidio		entro marzo invio ad ARES dei fabbisogni in termini di configurazione delle postazioni di lavoro			X	X	X	X
			data entro la quale ricevere la formazione da parte di ARES indirizzata ai professionisti che utilizzeranno le tecnologie per la Telemedicina	tutte le strutture sanitarie aziendali	Direttore dei Servizi Territoriali e Direzioni di Presidio		entro il mese di giugno			X	X	X	X
			data entro la quale avviare l'attività	tutte le strutture sanitarie aziendali	Direttore dei Servizi Territoriali e Direzioni di Presidio		avvio nel secondo semestre 2026	attività a regime nei servizi territoriali e ospedalieri	attività a regime nei servizi territoriali e ospedalieri	X	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" per l'area "Contrastare la povertà sanitaria"	Coordinatore Referente aziendale del programma	Coordinatore Referente aziendale del programma	0	293	439	numero in incremento	X		X	X
			numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico cittadini di paesi terzi partecipanti al programma "Equità nella Salute" per l'area "Contrastare la povertà sanitaria"			0	117	175	numero in incremento	X		X	X
Miglioramento della qualità del dato e promozione della trasparenza, integrità e anticorruzione	Riquilificare 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	Direttori dei Distretti SocioSanitari	Segreteria CUP	88% I semestre 2025	95%	98%	100%	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	tutte le strutture aziendali ospedaliere	Segreteria CUP	92% I semestre 2025	95%	98%	100%	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	tutte le strutture aziendali ospedaliere	Segreteria CUP	92% I semestre 2025	95%	98%	100%	X	X	X	X
		PNRR M6C2 1.3.1 (b). Favorire l'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Direzione di Presidio - sistema Sisar	87%	90% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	90% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	90% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	X	X	X	X
		PNRR M6C2 1.3.1 (b). Favorire l'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari e l'adozione della firma digitale	percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Direzione di Presidio - sistema Sisar	44%	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	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	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Segreteria CUP	84,63% I semestre 2025	85% (prime visite PNGLA)	85% (prime visite PNGLA)		X	X	X	X
		Definire ei volumi di attività istituzionale ambulatoriale erogabile per singola unità operativa e rispetto dei volumi da parte delle strutture aziendali	percentuale di attività specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture aziendali rispetto al volume indicato	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Programmazione e Controllo		>=100%	>=100%	>=100%			X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	Impatto sulle dimensioni della:			
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	Reparti di degenza area medica	file A	1,3% 1° semestre 2025	% 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	Reparti di degenza area medica	file A	16,4% 1° semestre 2025	non superamento della media nazionale del 8,77%	non superamento della media nazionale del 8,77%	non superamento della media nazionale del 8,77%			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	Reparti di degenza	file A	0,09 1° semestre 2025	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
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	SC Chirurgia	file A	85,58% al mese di ottobre 2025	% 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	SC Ortopedia, SC anestesia e Rianimazione, SC Pronto Soccorso	file A	47,19% al mese di ottobre 2025	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	% 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	SC Ginecologia e Ostetricia	file A	19% al mese di ottobre 2025	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 17%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 15%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 15%			X	X	
Sviluppo dell'attività di Emodinamica nella ASL di Oristano		numero di ore di apertura del servizio garantite	Emodinamica	Carta dei Servizi	apertura h12 anno 2025 (non disponibili medici emodinamisti per la ASL di Oristano)	apertura servizio h. 24	apertura servizio h. 24	apertura servizio h. 24			X	X	
Implementazione di nuove strutture/servizi all'interno della rete ospedaliera aziendale		numero di nuove strutture attivate	strutture/servizi da attivare	SC Risorse Umane	Aperto servizio di dermatologia presso il PO San Martino e avviata attività interventistica di oculistica e otorinolaringoiatria	Sviluppo delle attività dei nuovi servizi	Sviluppo delle attività dei nuovi servizi	Sviluppo delle attività dei nuovi servizi			X	X	
Redazione di un documento per la rimodulazione dei posti letto dei Presidi Ospedalieri		data entro la quale redigere il documento	Direzione di Presidio e Diparimenti Ospedalieri	Direzione di Presidio e Diparimenti Ospedalieri		entro il mese di novembre					X	X	
Attivazione dei posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza presso i presidi ospedalieri aziendali		data entro la quale attivare i posti letto di lungodegenza e riabilitazione nei tre presidi ospedalieri	Dipartimento di area Medica	Delibera di attivazione dei posti letto		avvio attività entro il mese di dicembre	attività a regime nei tre presidi ospedalieri				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 realizzare un evento formativo per l'efficientamento nell'uso della sala operatoria	Referente Sala Operatoria	Referente Sala Operatoria	nessun evento realizzato				X		X	X	
	Adozione della procedura per il percorso del paziente chirurgico in elezione e in urgenza	data entro la quale definire la procedura	Direzione dei Presidi, Strutture dipartimento di area Chirurgica Struttura Anestesia e Rianimazione	Direzione dei Presidi		entro il mese di settembre			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	UO Medicina Chirurgia d'Accettazione e Urgenza	EMUR	94% anno 2025	>=94%	>=95%	>=95%	X	X	X	X	
	Introdurre 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	UO Medicina Chirurgia d'Accettazione e Urgenza	relazione del Direttore della Struttura	attivati il fast track ORL (146 accessi) e oculistico (975 accessi)	prosecuzione con protocolli di attivazione di fast track e attivazione nuovi protocolli pediatrico, urologico, ortopedico, chirurgico e attivazione del Sea end Treat in tutte le sedi di Pronto Soccorso			X		X	X	

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	Impatto sulle dimensioni della:			
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, Direzione dei Presidi e diverse strutture aziendali ospedaliere e territoriali	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	predisposta prima stesura dei PDTA Diabete, Bronchite cronica (BPCO), Insufficienza renale da completare nel 2026. Effettuati i monitoraggi PDTA K mammella, Piede diabetico e Transizion diabete giovani e età adulta	Monitoraggio e manutenzione PDTA esistenti e conclusione 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
		Revisione dei PDTA aziendali finalizzata al conseguimento della certificazione da ente terzo indipendente	azioni intraprese nel triennio	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente, Direzione dei Presidi e diverse strutture aziendali ospedaliere e territoriali	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		Revisione dei PDTA e formazione per la condivisione della metodologia per il conseguimento della certificazione	conseguimento certificazione di tutti i PDTA aziendali		X	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 e diverse strutture aziendali ospedaliere e territoriali	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	proseguita attività a regime (166 segnalazioni e 11 audit)	attività a regime sulla base delle esigenze rappresentate	attività a regime sulla base delle esigenze rappresentate	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 e diverse strutture aziendali ospedaliere e territoriali	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	realizzati corsi di formazione sul campo di audit and feedback durante il monitoraggio di PDTA K mammella, Piede diabetico e Transizion diabete giovani e età adulta	svilupparo 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)	tutte le strutture aziendali ospedaliere	Direzione di Presidio	calcolo in fase di elaborazione	rispetto del target regionale			X	X	X	X
		Predisposizione del Piano annuale di Prevenzione sorveglianza e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antimicrobico resistenza comprensivo di obiettivi, azioni, indicatori, standard per l'anno di riferimento	data entro la quale predisporre il documento	Direzione dei Presidi / Strutture sanitarie aziendali	Direzione di Presidio		entro il mese di aprile	entro il mese di gennaio	entor il mese di gennaio			X	X
		Elaborare una procedura per la prevenzione del rischio trasfusionale	data entro la quale definire la procedura	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente e UO SIT	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	progetto di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionale in corso di realizzazione a livello regionale	entro il mese di giugno			X	X	X	X
		Attivare un sistema di gestione della qualità mediante la standardizzazione e l'adozione degli strumenti ad essa funzionali	azioni previste nel triennio	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente e UO SIT	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		redazione del progetto e definizione delle attività da implementare secondo un cronoprogramma definito	avvio delle attività di come da cronoprogramma	prosecuzione delle attività come da cronoprogramma	X		X	X
		Sviluppare il progetto di completamento dell'accreditamento regionale per tutte le strutture sanitarie della ASL di Oristano	azioni previste nel triennio	tutte le strutture sanitarie, Servizio Tecnico, SC Risk Management, Qualità, Direzione di Presidio	Referente aziendale per l'accreditamento		ricognizione dello stato dell'arte con redazione di un cronoprogramma delle attività da implementare e avvio delle richieste di accreditamentocome da cronoprogramma (annualità 2026)	prosecuzione delle richieste di accreditamento come da cronoprogramma	prosecuzione delle richieste di accreditamento come da cronoprogramma			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	strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Programmazione e Controllo	8,9 anno 2025	>=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	SC Programmazione e Controllo	adozione del Regolamento della ATS Sardegna	Misurazione della performance 2024 avvenuta con il nuovo regolamento				X	X		

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	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	strutture aziendali ospedaliere di ricovero	File A	95% 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	SSD ADI	Flusso NSIS e SiSaR ADI	anno 2024: 0% dato 2025 disponibile il 31.01.2026	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	strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Flusso NSIS	100% anno 2025	100%	100%	100%	X	X	X	X
		PNRR M6C2 1.3.1 (b). Favorire l'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Direzione di Presidio - sistema Sisar	87%	90% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	90% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	90% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	X	X	X	X
		PNRR M6C2 1.3.1 (b). Favorire l'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari e l'adozione della firma digitale	percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Direzione di Presizio - sistema Sisar	44%	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	X	X	X	X
		Piena digitalizzazione della cartella clinica elettronica ospedaliera	utilizzo delle cartelle cliniche digitali/totale cartelle cliniche	tutte le strutture aziendali ospedaliere e territoriali	Direzione di Presizio		100%	100%	100%	X	X	X	X
		Definizione dei piani assistenziali dei pazienti degenti e conseguente alimentazione della apposita sezione della cartella clinica elettronica ospedaliera	numero di cartella clinica elettronica ospedaliera con la sezione del piano assistenziale compilato/numero totale di cartelle cliniche elettroniche ospedaliere *100	Servizio delle Professioni Sanitarie e direttori dei reparti di degenza	Servizio delle Professioni Sanitaire		100% a decorrere dal secondo semestre	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	SC Risorse Umane	8 nuove strutture nel 2025 (Gestione Risorse Economico-Finanziarie, Oftalmologia, CAS, MCAU-Mastino, OBI San Martino, Direzione Sanitria Stabilimento Martino, Direzione Sanitaria Stabilimento Delogu Mastino, Farmacia Territoriale)						X	X
		Adozione nuovo atto aziendale	data entro la quale adottare il nuovo atto aziendale	Direzione generale	Delibera di Adozione		secondo le scadenze imposte dalla Regione Sardegna					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	SC Risorse Umane	si è proceduto con un costante aggiornamento						X	X
		Elaborazione e implementazione della regolamentazione aziendale in materia di gestione delle risorse umane	numero di regolamenti adottati	SC Risorse Umane	SC Risorse Umane	proposta di regolamento in materia di lavoro a tempo parziale trasmessa alle Organizzazioni Sindacali e accordo raggiunto	adozione regolamento in materia di lavoro a tempo parziale e adozione regolamento in materia di prestazioni aggiuntive	da definire alla luce delle eventuali novità introdotte dal CCNL		X		X	X
		Adozione dei principali Regolamenti Aziendali	numero dei principali regolamenti aziendali adottati	diverse strutture amministrative	Segreteria Direzione Generale	adottati 5 nuovi regolamenti	regolamento sul patrimonio, regolamento sul ciclo attivo e passivo, regolamento sul parco macchine, regolamento sul flusso documentale, regolamento sui procedimenti disciplinari			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 14.01.2025 del Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano	ambiti su cui intervenire	tutte le strutture aziendali	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	utilizzo della piattaforma syllabus. Su 1818 dipendenti (al 1 gennaio 2025), risultano registrati alla piattaforma 1271 dipendenti	garanzia della formazione dei dipendenti per un totale pari a 40 ore per ogni dipendente anche attraverso le piattaforme messe a disposizione dall'azienda (es. Syllabus)	garanzia della formazione dei dipendenti per un totale pari a 40 ore per ogni dipendente anche attraverso le piattaforme messe a disposizione dall'azienda (es. Syllabus)	garanzia della formazione dei dipendenti per un totale pari a 40 ore per ogni dipendente anche attraverso le piattaforme messe a disposizione dall'azienda (es. Syllabus)		X	X	X
				SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	SC Risk Management, Qualità e Formazione Permanente		attivazione di un sistema di rilevazione del fabbisogno formativo per la manutenzione delle competenze					X	X
		Promuovere la salute e il benessere del personale dell'azienda	azioni intraprese nel triennio	CUG	Relazione della SC Risorse Umane e del CUG	CUG costituito e individuati i componenti nel mese di ottobre (delibera 196 del 30.10.2025 integrata con delibera del 4.12.25)	Redazione del Piano delle Azioni positive	Attività del CUG a regime monitoraggio sulla realizzazione delle azioni contenute nel Piano delle Azioni Positive	monitoraggio sulla realizzazione delle azioni contenute nel Piano delle Azioni Positive eventualmente aggiornato	X		X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	Impatto sulle dimensioni della:			
Migioramento 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 sull'efficacia delle misure	tutte le strutture aziendali	RPCT	relazione semestrale e annuale inviata nei termini da parte di tutte le 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	diverse strutture aziendali	Relazione strutture aziendali	La sezione è stata costantemente implementata durante tutto il 2025. Si è provveduto ad adeguare le voci delle sottosezioni, compatibilmente all'architettura del sito disposta dal gestore SardegnaT. Il controllo è stato eseguito dal RPCT e dall'OIV	100% aggiornamento continuo della sezione "Trasparenza" del sito aziendale	100% aggiornamento continuo della sezione "Trasparenza" del sito aziendale	100% aggiornamento continuo della sezione "Trasparenza" del sito aziendale	X	X	X	X
		Digitalizzazione dei registri degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate e mantenerli costantemente aggiornati	attività svolte di pubblicazione e aggironamento	SC Affari Generali	SC Affari Generali	Pubblicazione trimestrale registri distinti per singole strutture e pubblicazione semestrale di tutte le richieste di accesso agli atti in ordine cronologico. Aggiornamento continuo	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri	X	X	X	X
		Redazione, adozione e pubblicazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" nei termini previsti per l'adozione del PIAO alla luce della nuova normativa d'adozione del PIAO 2026-2028	data entro la quale pubblicare il PIAO secondo le nuova normativa	Gruppo di redazione del PIAO	Delibera di adozione del PIAO		Approvazione formale del PIAO secondo le nuove disposizioni entro il mese di gennaio			X	X	X	X
		Revisionare il Regolamento sul trattamento dei dati personali	data entro la quale adottare il regolamento	SC Affari Generali	SC Affari Generali	delibera n.106 adottata il 11/08/2025				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 attrubuzione di compiti e funzioni	SC Affari Generali	SC Affari Generali	adempimento assolto nel mese di agosto 2025				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	SC Affari Generali	obiettivo rinegoziato per il mese di dicembre: registri revisionati il 22/12/2025	aggiornamento continuo	aggiornamento continuo		X	X	X	X
		Procedere alla nomina del Responsabile per la transizione Digitale (RTD).	data entro la quale presentare la proposta di delibera di nomina	Affari Generali	delibera adottata		entro il mese di aprile			X	X	X	X
		Predisporre il regolamento aziendale per la disciplina delle pubblicazioni e relativi termini di pubblicazione e defissione	data di presentazione della proposta di delibera di approvazione del regolamento.	Affari Generali	delibera adottata		entro il mese di giugno			X	X	X	X
		Revisionare le Informative sul trattamento dei dati, da pubblicare in sezione dedicata del sito istituzionale dell'azienda, distinte per ciascuna tipologia omogenea di trattamento.	data entro la quale definire e approvare la revisione	Affari Generali	Affari Generali		entro il mese di dicembre			X	X	X	X
		Adottare del Regolamento sulla videosorveglianza	data entro la quale adottare il regolamento	Servizio Tecnico	Servizio Tecnico	proposta di regolamento presentata nel mese di ottobre ma regolamento non ancora deliberato	entro il mese di giugno					X	

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	Impatto sulle dimensioni della:			
		Programmare e attuare attività di formazione dei dipendenti sulla prevenzione corruzione ed in materia di trasparenza e loro partecipazione anche tramite la piattaforma "Syllabus" messo a disposizione delle P.A.	data entro la quale dare comunicazione formale e tempestiva alle strutture aziendali, degli eventi formativi a disposizione dei dipendenti in merito ai corsi-laboratori programmati residenziale-blended- videoconferenza-webinar, sui temi di: etica, trasparenza e integrità; prevenzione della corruzione: novità normative, misure di prevenzione e metodologie di analisi	RPCT – Servizio Formazione	RPCT – Servizio Formazione		entro il mese di aprile	entro il mese di marzo	entro il mese di febbraio			X	X
			% la partecipazione del personale dipendente ai corsi di formazione	Tutto il personale	Direttori di Struttura	Il personale ha partecipato alla formazione tramite la piattaforma Syllabus. Inoltre, i dipendenti hanno potuto partecipare in webinar a eventi formativi tramite, Forum Integrità in Sanità, Isweb e DPO Aziendale. La percentuale di partecipazione è in fase di determinazione	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
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	attività eseguite per garantire la migliore accessibilità alle informazioni	Ufficio Stampa	Ufficio Stampa	aggiornamento continuo del sito aziendale	aggiornamento continuo del sito aziendale	aggiornamento continuo del sito aziendale	aggiornamento continuo del sito aziendale	X	X	X	X
		Attivare canali di comunicazione a tenerli aggiornati per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie. Pubblicazione della Carta dei Servizi sul sito aziendale	interventi realizzati per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie	Ufficio Stampa	Ufficio Stampa	attivati canali Telegram, WhatsApp, YouTube, Facebook e LinkedIn e realizzato un TG della ASL con informazioni sulle attività aziendali. Pubblicata la Carta dei Servizi sul sito Aziendale	aggiornamento continuo dei canali social e apertura del nuovo canale social X, aggiornamento della Carta dei Servizi Aziendali	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	Servizio Tecnico	realizzate 3 rampe di accesso a tre strutture sanitarie e 2 interventi per l'accesso ai servizi igienici per i disabili	predisposizione di un cronoprogramma degli interventi da realizzare e realizzazione interventi previsti per l'annualità 2026	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2027	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2028			X	X
		Riorganizzare i percorsi dei presidi ospedalieri per l'accesso del paziente alle strutture ambulatoriali e riorganizzare i percorsi interni	presidi ospedalieri per i quali definire i nuovi percorsi e la nuova segnaletica	Ufficio Tecnico, Direzione dei Presidi, SC Risk Management, Qualità	Direzione dei Presidi		PO San Martino	PO Delogu e PO Mastino		X		X	X
		Aggiornare il Piano di Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti - PEIMAF	data entro la quale aggiornare il Piano	Direzione dei presidi	Direzione dei presidi		entro il mese di giugno					X	
		Attuare un percorso di standardizzazione e digitalizzazione della modulistica dei diversi servizi aziendali rivolto sia agli utenti esterni che interni	numero di modulistica standardizzata nel triennio	Referente URP	Referente URP	sono standardizzate e pubblicate nel sito 5 ulteriori moduli	standardizzazione di ulteriori 5 moduli	standardizzazione di ulteriori 5 moduli	standardizzazione di ulteriori 5 moduli	X	X	X	X

Area della Performance	Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Soggetto responsabile	Fonte Informativa	Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028	Impatto sulle dimensioni della:			
Miglioramento dei processi interni	Sviluppare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto	Predisporre il 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 Risk Management, Qualità e Formazione Permanente	SC Risorse Umane	inviato, alle strutture ove sono presenti lavoratori autorizzati al lavoro da remoto, alla formazione evento disponibile sulla piattaforma syllabus				X	X	X	X
		Perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente	data entro la quale perfezionare le dotazioni tecnologiche	ICT Ares	SC Risorse Umane	Ares non ha messo a disposizione la dotazione tecnologica per il lavoro da remoto	entro dicembre 2026			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	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	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 e referenti di progetto	UO Gestione Risorse Economico Finanziarie	rendicontazione aggiornata al mese di dicembre 2025	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	aggiornamento semestrale dei rendiconti	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	Strutture amministrative	AMC	0 %	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	Strutture amministrative	AMC	97,58%	>= 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	Strutture amministrative	AMC	99,83%	>=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	Strutture amministrative	AMC	media I semestre 2025: 27 gg per le liquidazioni, 5 gg per la registrazione fatture e 7 gg 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	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	SC Tecnico Logistico e Patrimonio	sostituiti 2 sistemi di produzione di acqua calda sanitaria con sistemi a pompa di calore ad alta efficienza e sostituzione di oltre 30 pompe di calore con tecnologia inverter	predisposizione di un cronoprogramma degli interventi da realizzare a realizzazione interventi previsti per l'annualità 2026	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2027	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2028			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	SC Tecnico Logistico e Patrimonio	prodotta rendicontazione periodica	report trimestrale	report trimestrale	report trimestrale	X		X	X