

Unità Organizzativa **SC - CO 118 CAGLIARI**

Dipartimento	Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	2023 – revisione post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
CO1	FLUSSI EMUR TAE Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione - Ottimizzazione flussi informativi EMUR e TAE	CO1a	Riduzione errori o incompletezze evitabili nei flussi EMUR (prestazioni in emergenza urgenza) e TAE (Trasporto in Ambulanza ed Elisoccorso);	Delib. G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023." I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori Standard Regionale (N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100) = ≤ 5%	RFV anno 2022: EMUR 95%	EMUR Target regionale ≥ 95% (*)	Valutazione con % rapportata al 95%		15
		CO1b	N. record EMUR trasmessi entro i termini /N. totale record *100 ≥ 95% N. errori TAE di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100 ≤ 5%	Il Servizio Informativo fornirà un report mensile su andamento dati, errori, carenze. Il risultato verrà commisurato all'entità del fenomeno in correlazione diretta ai dati di competenza delle Centrali operative e non di altri attori (PS, Reparti ecc.) RFV - Righe Flusso valide (fonte SIDI) - (*) N.B. il target in sede di valutazione potrà essere riconsiderato in caso di problemi con il nuovo software CUS118, attivato a dicembre 2021 (con parere Servizio Informatico) N.B. il TAE viene spesso inficiato, per i dati sui pazienti, dall'alimentazione anche da parte di servizi extra aziendali (i PS). Inoltre il dato diviene di complessa gestione qualora accada che su uno stesso paziente intervengano più mezzi (avanzati, base, elicottero per rendez vous). Il Servizio Informativo aziendale corregge a fine anno alcuni errori sanabili mediante accesso al sistema informativo SOGEI.	RFV mese gennaio 2023: TAE 98%	TAE ≥ 95%	Valutazione con % rapportata al 95%		5
CO2	GESTIONE PROCESSI DI CENTRALE OPERATIVA Standardizzazione e miglioramento flussi dati e procedure gestionali di Centrale Operativa	CO2a	GESTIONE CHIAMATA DAL 112 Tempo medio di risposta dell'operatore 118 dal primo squillo della chiamata inviata dal NUE 112	TEMPO ATTESA 50° PERCENTILE Standard iniziale 2023 7 secondi (media regionale), dal 2024 riduzione progressiva target	Il 2023 è il primo anno di funzionamento effettivo (raccolta dati in corso). Mediana regionale (50° percentile) = 7 secondi primi 8 mesi 2023. 2022 101.3"	Tempo attesa 50° percentile ≤ 7" (media regionale 2023)	Valutazione con % rapportata ai 7"		15
		CO2b	GESTIONE CHIAMATA 118 Tempo medio chiamata utente con esito attivazione missione	Filtro: CODA 118/ARRIVO NUE 112 – attivazione missione attraverso invio mezzi di soccorso (chiamate che effettivamente esitano una missione)	2023 primi 9 mesi 99.19" Media regionale 2023 92.42"	96"	Valutazione con % rapportata al 96"		10
		CO2c	GESTIONE CHIAMATE AD ALTA PRIORITA' Tempestività gestione telefonica interventi codici di alta gravità presunta:	% dei casi codici gialli e rossi presunti, con tempo intercorso tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento, entro 90 secondi . Nell'85% dei casi la media tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento è ≤ 90 secondi.	COD GIALLI 84,69% COD ROSSI 76,85% TOTALE 80,77%	85% ≤ 90 secondi	Valutazione con % rapportata all' 81% per le carenze della rete MSB e MSA regionale		5
		CO2d	PRONTUARIO GESTIONE RANDEZ VOUS Definizione di un prontuario per la gestione dei rendez vous e di altri interventi tipici (es. trasporti secondari, trasporti d'organo)	Correttivo della problematica relativa ad incongruenze del dato determinato da errore operatore o dal molteplici intervento di più mezzi sullo stesso caso.	Obiettivo CO2b PO 2022	Definizione proposta di Prontuario condivisa tra Centrali Operative e Direzione entro – 31/10/2023 N.B. il TAE (obiettivo CO1b) viene spesso inficiato, per i dati sui pazienti, oltre che dall'alimentazione esogena da parte di servizi extra aziendali (i PS), anche dalla mancata definizione della gestione di casistiche complesse di trasporto pazienti (in particolare quando su uno stesso paziente intervengano più mezzi: avanzati, base,		15	

			condiviso tra le Centrali Operative e la Direzione				elicottero per rendez vous). Pertanto le C.Op. sono chiamate a dare avvio a regole gestionali di centrale - standardizzate a livello regionale - per la gestione delle diverse casistiche complesse di trasporto paziente).	
		CO2e	RIDUZIONE ERRORE STRUTTURA ASSENTE Trattamento "trasporto in pronto soccorso oppure trasporto diretto in reparto di specialità e struttura di destinazione assente"	Il dato non è possibile: incongruenza logica con errore operatore. Gestione dei casi di rendez vous in modo affidabile e con logiche di alimentazione e dati univoci.	Anno 2022 Cagliari: 3.490 su 66.464 = 5,25% Anno 2021 Cagliari: 2.707 su 57.579 = 4,7%	DELTA TENDENTE A 3,1 %	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo. Target anno 2023: 3,6%	5
		CO2f	RIDUZIONE ERRORE MANCANZA TEMPI ARRIVO IN OSPEDALE Percentuale di record con Esito missione = "missione conclusa con il trasporto in ospedale/in punto di primo intervento oppure rendez vous, numero di pazienti > 0" e mancanza di data e ora di arrivo all'ospedale	Il dato è incompleto (manca ora e data arrivo in ospedale) o è errato l'esito (non c'è stato trasporto). L'operatore è comunque responsabile della completezza del dato. Gestione dei casi di rendez vous in modo affidabile e con logiche di alimentazione e dati univoci.	Anno 2022 Cagliari: 2.908 su 66.450 = 4,4% Anno 2021 Cagliari: 3.834 su 57.261 = 6,7%	DELTA TENDENTE A 4,5 %	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo. Target anno 2023: 5,23%	5
		CO2g	COMPLETEZZA DATI CAMBI STATO segnalazione informative alle ATREU (*) sulle MSB e MSA che non inseriscono correttamente i dati nel tablet	Invio di almeno 5 segnalazioni informative/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti	-	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	10
		CO2h	COMPLETEZZA GENERALITA' EQUIPAGGI Verifica e controllo da parte della CO 118 dell'inserimento obbligatorio da parte delle MSB dei dati relativi alle generalità e ruoli dell'equipaggio operativo	Invio di almeno 5 segnalazioni/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti. In caso di assenza di inadempienze la segnalazione deve informare sul buon andamento delle alimentazioni.	-	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*), con indicazione delle MSB inadempienti	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	5
CO3	TIME TO TARGET dei mezzi di soccorso avanzato e di base	CO3	Completezza e correttezza dei dati inseriti nelle schede con tablet che hanno un impatto negativo sull'andamento effettivo dell'indicatore "time to target"	Gli operatori di Centrale operativa devono monitorare i dati inseriti nelle schede con tablet da parte delle MSB ed MSA, in relazione alla loro completezza e correttezza. Time to Target = tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata	Time to Target anno 2022: Tempo medio arrivo primo mezzo: 22,52 Tempo medio arrivo primo mezzo (75 perc.): 25,00	(dato informativo)	Miglioramento % rispetto al "Time to Target" 2022	0
ACC	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività della C.O. 118 Cagliari / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite		5
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areasardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione		5

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa
Dipartimento
Direttore
Anno

SC - CO 118 SASSARI
Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Incarico di SC da attribuire
2023 – revisione post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
CO1	FLUSSI EMUR TAE Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione - Ottimizzazione flussi informativi EMUR e TAE	CO1a	Riduzione errori o incompletezze evitabili nei flussi EMUR (prestazioni in emergenza urgenza) e TAE (Trasporto in Ambulanza ed Elisoccorso):	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023." I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori Standard Regionale (N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100) = ≤ 5%	RFV anno 2022: EMUR 89%	EMUR Target regionale ≥ 95% (*)	Valutazione con % rapportata all'95%		15
		CO1b	N. record EMUR trasmessi entro i termini /N. totale record *100 ≥ 95% N. errori TAE di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100 ≤ 5%	Il Servizio Informativo fornirà un report mensile su andamento dati, errori, carenze. Il risultato verrà commisurato all'entità del fenomeno in correlazione diretta ai dati di competenza delle Centrali operative e non di altri attori (PS, Reparti ecc.) RFV - Righe Flusso valide (fonte SIDI) - (*) N.B. il target in sede di valutazione potrà essere riconsiderato in caso di problemi con il nuovo software CUS118, attivato a dicembre 2021 (con parere Servizio Informatico) N.B. il TAE viene spesso inficiato, per i dati sui pazienti, dall'alimentazione anche da parte di servizi extra aziendali (i PS). Inoltre il dato diviene di complessa gestione qualora accada che su uno stesso paziente intervengano più mezzi (avanzati, base, elicottero per rendez vous). Il Servizio Informativo aziendale corregge a fine anno alcuni errori sanabili mediante accesso al sistema informativo SOGEI.	RFV mese gennaio 2023: TAE 98%	TAE ≥ 95%	Valutazione con % rapportata al 95%	5	
CO2	GESTIONE PROCESSI DI CENTRALE OPERATIVA Standardizzazione e miglioramento flussi dati e procedure gestionali di Centrale Operativa	CO2a	GESTIONE CHIAMATA DAL 112 Tempo medio di risposta dell'operatore 118 dal primo squillo della chiamata inviata dal NUE 112	TEMPO ATTESA 50° PERCENTILE Standard iniziale 2023 7 secondi (media regionale), dal 2024 riduzione progressiva target	Il 2023 è il primo anno di funzionamento effettivo (raccolta dati in corso). Mediana regionale (50° percentile) = 7 secondi primi 8 mesi 2023. 2022 92.67"	Tempo attesa 50° percentile ≤ 7" (media regionale 2023)	Valutazione con % rapportata ai 7"		15
		CO2b	GESTIONE CHIAMATA 118 Tempo medio chiamata utente con esito attivazione missione	Filtro: CODA 118/ARRIVO NUE 112 – attivazione missione attraverso invio mezzi di soccorso (chiamate che effettivamente esitano una missione)	2023 primi 9 mesi 82.53" Media regionale 2023 92.46"	82"	Valutazione con % rapportata al 82"		10
		CO2c	GESTIONE CHIAMATE AD ALTA PRIORITA' Tempestività gestione telefonica interventi codici di alta gravità presunta:	% dei casi codici gialli e rossi presunti, con tempo intercorso tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento, entro 90 secondi . Nell'85% dei casi la media tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento è ≤ 90 secondi.	COD GIALLI 88,34% COD ROSSI 62,78% TOTALE 75,56%	85% ≤ 90 secondi	Valutazione con % rapportata all'81% per le carenze della rete MSB e MSA regionale		5
		CO2d	PRONTUARIO GESTIONE RENDEZ VOUS Definizione di un prontuario per la gestione dei rendez vous e di altri interventi tipici	Correttivo della problematica relativa ad incongruenze del dato determinato da errore operatore o dal molteplice intervento di più mezzi sullo stesso caso.	Obiettivo CO2b PO 2022	Definizione proposta di Prontuario condivisa tra Centrali Operative e Direzione entro – 31/10/2023 N.B. il TAE (obiettivo CO1b) viene spesso inficiato, per i dati sui pazienti, oltre che dall'alimentazione esogena da parte di servizi extra aziendali (i PS), anche dalla mancata definizione della gestione di casistiche complesse di trasporto pazienti (in			

			(es. trasporti secondari, trasporti d'organo) condiviso tra le Centrali Operative e la Direzione			particolare quando su uno stesso paziente intervengano più mezzi: avanzati, base, elicottero per rendez vous). Pertanto le C.Op. sono chiamate a dare avvio a regole gestionali di centrale - standardizzate a livello regionale - per la gestione delle diverse casistiche complesse di trasporto paziente).		
		CO2e	RIDUZIONE ERRORE STRUTTURA ASSENTE Trattamento "trasporto in pronto soccorso oppure trasporto diretto in reparto di specialità e struttura di destinazione assente"	Il dato non è possibile: incongruenza logica con errore operatore. Gestione dei casi di rendez vous in modo affidabile e con logiche di alimentazione e dati univoci.	Anno 2022 Sassari: 3.380 su 52.560 = 6,43% Anno 2021 Sassari: 2.371 su 44.051= 5,4%	DELTA TENDENTE A 3,6 %	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo Target anno 2023: 4,2%	5
		CO2f	RIDUZIONE ERRORE MANCANZA TEMPI ARRIVO IN OSPEDALE Percentuale di record con Esito missione = "missione conclusa con il trasporto in ospedale/in punto di primo intervento oppure rendez vous, numero di pazienti>0" e mancanza di data e ora di arrivo all'ospedale	Il dato è incompleto (manca ora e data arrivo in ospedale) o è errato l'esito (non c'è stato trasporto). L'operatore è comunque responsabile della completezza del dato. Gestione dei casi di rendez vous in modo affidabile e con logiche di alimentazione e dati univoci.	Anno 2022 Sassari: 1.736 su 52.789= 3,28% Anno 2021 Sassari: 2.518 su 42.817= 5,9%	DELTA TENDENTE A 3,9 %	Valutazione rapportata all'abbattimento graduale in 3 anni del delta storico negativo Target anno 2023: 4,6%	5
		CO2g	COMPLETEZZA DATI CAMBI STATO segnalazione informative alle ATREU (*) sulle MSB e MSA che non inseriscono correttamente i dati nel tablet	Invio di almeno 5 segnalazioni informative/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti	Risultato finale obiettivo CO2e del PO 2022	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	10
		CO2h	COMPLETEZZA GENERALITA' EQUIPAGGI Verifica e controllo da parte della CO 118 dell'inserimento obbligatorio da parte delle MSB dei dati relativi alle generalità e ruoli dell'equipaggio operativo	Invio di almeno 5 segnalazioni/anno alle ATREU (*) competenti per area geografica sulle postazioni non adempienti. In caso di assenza di inadempienze la segnalazione deve informare sul buon andamento delle alimentazioni.	Risultato finale obiettivo CO2f del PO 2022	Invio di almeno 4 segnalazioni/anno alle ATREU (*), con indicazione delle MSB inadempienti	Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	5
CO3	TIME TO TARGET dei mezzi di soccorso avanzato e di base	CO3	Completezza e correttezza dei dati inseriti nelle schede con tablet che hanno un impatto negativo sull'andamento effettivo dell'indicatore "time to target"	Gli operatori di Centrale operativa devono monitorare i dati inseriti nelle schede con tablet da parte delle MSB ed MSA, in relazione alla loro completezza e correttezza. Time to Target = tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata	Time to Target anno 2022: Tempo medio arrivo primo mezzo: 22,52 Tempo medio arrivo primo mezzo (75 perc.): 25,00	(dato informativo) Miglioramento % rispetto al "Time to Target" 2022		0
ACC	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività della C.O. 118 Cagliari / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite		5
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areus.sardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0 Anno precedente	0 punti in caso di segnalazione		5

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

F.to il Dirigente
F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa	SC NEA116117
Dipartimento	Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	2023 – revisione post monitoraggio intermedio – obiettivi project management

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
NEA1	NEA 116117 - Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione	NEA1a	Monitoraggio Fase 1 (completamento lavori)	Il presente obiettivo verte su un project management complesso, che investe trasversalmente differenti ambiti di competenza, anche extra aziendali, con una tempistica provvisoria stabilita attraverso un diagramma GANTT. Nella valutazione occorrerà verificare, nei singoli ambiti di competenza, eventuali vincoli esterni non prevedibili ed esogeni rispetto all'ambito di responsabilità (ad es. difficoltà nell'approvvigionamento di materiali, tecnologie, competenze e autorizzazioni specifiche) Punteggio riassorbito nei precedenti se qualcosa va storto	-	3 Relazioni trimestrali su stato di avanzamento lavori edili e definizione eventuali azioni di supporto			35
		NEA1b	Monitoraggio Fase 2 (installazione e funzionamento tecnologie ICT)		-	3 Relazioni trimestrali su stato di avanzamento tecnologie ICT e definizione eventuali azioni di supporto			35
		NEA1c	Monitoraggio Fase 3 (Arredi)			3 Relazioni trimestrali su stato di avanzamento tecnologie ICT e definizione eventuali azioni di supporto			25
		NEA1d	Monitoraggio Fase 4 (reclutamento e addestramento personale)		-	Completamento entro 80 gg prima dell'avvio del servizio (2023)	Completamento entro 60 gg prima dell'avvio del servizio (2023)	Completamento entro 45 gg prima dell'avvio del servizio (2023)	-
		NEA1e	Avvio servizio NEA 116117 entro il 2024		-	Avvio entro 30/04/2024			-
NEA2	Semplificazione procedure aziendali	NEA2a	Definizione procedura di integrazione con NUE 112	Coordinamento gestionale (operativo) e tecnologico (compito del Servizio Informatico)	Procedura formale assente	Valut. 100% - Definizione procedura entro 28/02/2024			-
		NEA2b	Definizione procedure di integrazione con COT e servizi territoriali	Coordinamento gestionale (operativo) e tecnologico (compito del Servizio Informatico)	Procedura formale assente	Valut. 100% - Definizione procedura entro 31/12/2023			-
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areasardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione		5

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa
Dipartimento
Direttore
Anno

SC – NUE 112
Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Dr.ssa Michela Cualbu
2023 – revisione post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
NUE1	ATTUAZIONE MODELLO "CENTRALE UNICA REGIONALE" (CUR)– Gestione della chiamata di soccorso dalla fase di "ricezione" all'individuazione del PSAP2 competente	NUE1a	Tempo di attesa (dal primo squillo alla risposta dell'operatore NUE) = 10 SEC.	Disciplinare Tecnico Operativo Standard per la realizzazione e il funzionamento della Centrale Unica di Risposta e per la funzionalità del Servizio 112 NU (Ministero dell'Interno, Luglio 2018) Unità di Tempo: 90° percentile	-	Per il 2023, anno di avvio effettivo del servizio, il target provvisorio per il presente obiettivo è: Tempo Totale NUE 112 (tempo di attesa dal primo squillo alla risposta operatore + tempo primo squillo PSAP2) ≤ 55 secondi nel 50° percentile , incluso gli squilli di chiamata.			90
		NUE1b	Tempo di invio chiamata (dalla risposta operatore NUE al primo squillo in chiamata verso il PSAP2) = 40 SEC	Disciplinare Tecnico Operativo Standard per la realizzazione e il funzionamento della Centrale Unica di Risposta e per la funzionalità del Servizio 112 NU (Ministero dell'Interno, Luglio 2018). Unità di Tempo: 90° percentile. (50° percentile, provvisoriamente, per escludere le code dei dati eccessivi legati alle chiamate con necessità di interpretariato) Sono escluse le chiamate effettuate da stranieri che richiedono il servizio "interprete". Escludere le chiamate non inoltrate al PSAP2.	-				
ACC	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività del NUE 112 / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite			10

Totale Pesì ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

F.to il Dirigente
F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa SC ORGANIZZAZIONE SANITARIA, QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

Dipartimento	Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	2023 – confermati post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
RC1	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	RC1	N. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative territoriali n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2023. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori. Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES >= 40 segnalazioni >= 4 audit tutti i sinistri dell'Azienda	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023." Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al secondo semestre del 2022. Le Segnalazioni riguardano quasi eventi, eventi senza danno, eventi con danno, eventi sentinella con danno grave. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito ad entrambi gli indicatori.	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022 >= 20 segnalazioni >= 2 audit	>= 40 segnalazioni >= 4 audit <i>(obiettivo in fase di negoziazione con la RAS pertanto suscettibile di modifica del target in corso d'anno)</i>			35
RC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	RC2	Esecuzione di FMEA per n. processi critici individuati	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023." Gruppo di Lavoro: Responsabile Qualità e CRM; Responsabili CO 118; Responsabili di Area Territoriale; Responsabile HEMS; Sulla base del "processo critico scelto" si procederà ad effettuare la tecnica di Analisi preventiva del rischio "FMEA".		Tot. Processi critici revisionati: n.1 processo critico per Area revisionato (100%)			35
ETS	Gestione tavolo tecnico convenzioni ETS	ETS	Definizione protocollo di convenzionamento e accreditamento	Definizione requisiti idoneità per convenzionamento e per monitoraggio ETS insieme all'Ingegneria Clinica	-	Definizione protocollo tecnico di accesso alle convenzioni ETS/AREUS entro 30/06/2023			25
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areus.sardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione		5

Totale Pesi OS 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa	SC – PROVVEDITORATO E TECNICO PATRIMONIALE
Dipartimento	Dipartimento della gestione e sviluppo risorse umane, patrimonio e ICT - DGRPT
Direttore	Dr. Barbara Boi
Anno	2023 – revisionati post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo del 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
EL2	Realizzazione del progetto "servizio elisoccorso HEMS anche in orario notturno"	EL2	Realizzazione del piano di individuazione e attivazione Elisuperfici per servizio elisoccorso anche in orario notturno	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022 Progetto inviato con nota AREUS prot. n.10825 del 19/12/2019 N.B. Per la corretta valutazione dell'obiettivo sarà necessario considerare l'impatto dei processi e dei tempi istituzionali esogeni rispetto all'ambito di responsabilità strettamente aziendale	Elisuperfici Attive: Cagliari – Brotzu; Sassari volo diurno; Nuoro volo diurno; La Maddalena; Olbia; Alghero; Sorgono; Lanusei;	Valutazione e attività necessaria per attivazione Elisuperfici Spoke (in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie): Sassari per volo notturno; Nuoro volo notturno (giugno 2023); Oristano; Ghilarza; Isili; Ozieri; Muravera; San Gavino M.; Iglesias; Carbonia; Valutazione e attività necessaria per attivazione siti comunali (in collaborazione con enti Locali competenti): Alà Dei Sardi; Belvi; Carloforte; Luogosanto; Mara; Sennariolo			20
PTL3	NEA 116117 - Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione	PTL3	Lavori sede Nuoro (NEA 116117)	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022 N.B. Questo indicatore ed in particolare i target risentono dei tempi esogeni legati al coinvolgimento di enti terzi e dell'approvvigionamento dei materiali per l'esecuzione degli stessi	Obiettivo rinviato al 2023 dalla DG	Approvazione progetto definitivo entro 90 gg dalla sottoscrizione del contratto d'affitto tra AREUS e Comune di Nuoro			50
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg			10
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areasardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione		5
PUBBL	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-	100% entro i termini			15

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **SC – RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI**

Dipartimento	Dipartimento della gestione e sviluppo risorse umane, patrimonio e ICT - DGRPT
Direttore	Dr.ssa Maria Grazia Figus
Anno	2023 – revisionati post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione “Performance” del PIAO

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
RU1	Assunzione idonei operatori telefonici profilo tecnico B, disponibili al momento della chiamata, in termini compatibili con l'avvio del servizio, per consentire addestramento sull'utilizzo degli applicativi NEA 116117	RU1	Assunzione idonei disponibili per avvio servizio NEA 116117	<ul style="list-style-type: none"> • disponibili idonei al momento della chiamata • tempi di riferimento: cronoprogramma definito dal project manager del NEA 116117 • I tempi devono essere aggiornati rispetto al concreto stato di avanzamento del progetto NEA 116117 e del relativo cronoprogramma ufficiale compatibilmente con l'andamento della procedura di selezione del personale dedicato tramite ASPAL N.B. L'obiettivo deve essere considerato sospeso se il progetto non si attiva in tempi utili nell'anno in corso, ovvero rimandato all'esercizio successivo se il risultato della SC non è raggiungibile in corso d'anno	-	assunzione idonei disponibili al momento della chiamata, in termini compatibili con l'avvio del servizio, per consentire addestramento			30
RU2	Reclutamento figure professionali previste nel PTFP, secondo le priorità indicate dalla Direzione	RU2	Tempo ed efficacia processo interno	Nella valutazione occorre tener conto che il processo è governato da ARES con i suoi tempi di processo, pertanto occorre analizzare le sole fasi di competenza AREUS	-	Gestione 100% eventi entro tempi attesi e priorità indicate dalla Direzione			15
RU4	Messa a regime del nuovo assetto dell'Atto Aziendale con attività inerenti alla selezione, conferimento incarichi e stipula dei contratti individuali, secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione	RU4	Implementazione incarichi	Il responsabile segue le priorità indicate dalla Direzione	-	Pesatura incarichi Adeguamento fondi Conduzione processi selettivi Stipula contratti individuali			25
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg			10
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areus.sardegna.it e della sezione “Amministrazione Trasparente” nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione			5
PUBBL	Cura delle pubblicazioni di competenza, secondo indicazioni contenute nell'apposita sezione PIAO, nell'area web “Amministrazione Trasparente”	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO	-	100% entro i termini			15

				Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV			
--	--	--	--	--	--	--	--

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente
F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **SC - SISTEMI INFORMATIVI E RETI TECNOLOGICHE**

Dipartimento	Staff
Direttore	Dr. Gianfranco Bussalai
Anno	2023 – revisionati post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2022

Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione "Performance" del PIAO

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
ICT1	Realizzazione di un'applicazione mobile integrata con le centrali operative del sistema emergenza sanitaria 118 per la geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE vicini al luogo ove si sia verificata l'emergenza	ICT1	Adozione dell'applicazione mobile integrata con le centrali operative 118 per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	-	OBIETTIVO SOSPESO email Ministero Salute del 29/06/2023 - con la quale si comunica l'intenzione di accentrare a livello nazionale le funzioni di geolocalizzazione DAE			0
ICT2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	ICT2a	N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023." I record sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori	-	≥ 95%			10
		ICT2b	Monitoraggio e gestione flussi informativi - Verifica qualità e rispetto tempistiche flussi EMUR, TAE e NUE 112	Il Servizio Informatico fornirà, mediante Beta80 report ad hoc alle C.Op. 118 ed alle ATREU sull'utilizzo dei tablet in relazione al cambio di stato, con l'elenco delle postazioni inadempienti Immissione dati nominativi e rispettivi ruoli dei componenti gli equipaggi MSB sul totale degli eventi con mezzo in stato 2. Invio almeno 4 Report alle ATREU competenti per territorio	Ultimo monitoraggio 10.03.2023	Rispetto tempistiche invio flussi (giorni 5 e 15 di ogni mese) e invio reportistica mensile monitoraggio completezza flussi EMUR, TAE e NUE 112			20
ICT3	NEA 116117 – Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione infrastruttura ICT e software	ICT1	Lavori sede Nuoro (NEA 116117) come da cronoprogramma	•Obiettivo DG – Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022. •Obiettivo subordinato ai tempi di conclusione dei lavori edili e dalla disponibilità dell'Accordo Quadro SPC Cloud lotto 1 o strumento equivalente utilizzabile.	-	acquisizione dei beni e servizi necessaria alla realizzazione della Centrale. Avvio attività di installazione infrastruttura ICT entro 10 gg da consegna dei locali tecnici.			35
ICT4	Spostamento della Centrale Operativa 118 di Sassari a Rizzeddu	ICT3a	Attivazione preventiva di linee telefoniche e dati a Rizzeddu	L'esito dipende dall'effettiva conclusione dei lavori di strutturazione al Rizzeddu	Richiesta una sima budgettaria a TELECOM	Presentazione dello studio di fattibilità entro 30/10/2023			10
		ICT3b	Noleggio di un centralino e registratore per effettuare lo spostamento						
		ICT3c	Affidamento dei servizi di trasloco, configurazione e avvio della CO a Rizzeddu						
		ICT3d	Trasloco e dismissione sede di Palazzo Rosa						
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento	100% Anno 2022	100% entro i termini			10

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

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa
Dipartimento

SSD – FORMAZIONE EMERGENZA/URGENZA, COMUNICAZIONE E URP

Dipartimento gestione e sviluppo risorse umane, patrimonio e ICT (DGRPT)
Incarico SSD da attribuire

Anno

2023 – revisione post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
F1	Formazione e addestramento delle risorse umane del sistema di emergenza e urgenza pre-ospedaliera (appropriatezza ed aggiornamento delle competenze tecnico-professionali)	F1a	Rispetto interventi formativi pianificati per i dipendenti	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	80% eventi realizzati entro i termini pianificati (dipendenti)			15
		F1b	Rispetto interventi formativi pianificati per medici convenzionati	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	80% eventi realizzati entro i termini pianificati (medici convenzionati 118)			15
		F1c	Rispetto interventi formativi pianificati per ETS	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	50% eventi realizzati entro i termini pianificati (ETS)			10
F2	Semplificazione procedure aziendali Costruzione profilo Soccorritore	F2	Stesura procedura formativa che dovrà svolgere il personale laico per diventare "Soccorritore 118"	In collaborazione con l'Assessorato regionale al Lavoro	-	Definizione della procedura entro 30/06/2023			10
F3	Diffusione degli eventi formativi sul territorio regionale	F3	Attivazione di accordi e convenzioni a supporto dell'organizzazione logistica degli eventi sul territorio regionale	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	N. eventi formativi delocalizzati entro 31/12/2023			10
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg			10
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areasardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	-	Monitoraggio sezione amministrazione trasparente del sito AREUS, con eventuali segnalazioni ai responsabili, delle inadempienze in termini di obblighi di pubblicazione			5
ACC	Accessibilità fisica e digitale per i cittadini	ACCa	Aggiornamento della Carta dei servizi	Correlato all'implementazione dell'Atto Aziendale.	-	Adozione delibera entro il 31/12/2023			15
		ACCb	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività Aziendale / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite			10

Totale Pesi OS 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa

Dipartimento	Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero (DGRS)
Direttore	Incarico SSD da attribuire
Anno	2023 – Obiettivi confermati post monitoraggio intermedio

SSD - ELISOCORSO

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
EL1	Realizzazione del progetto "servizio elisoccorso HEMS anche in orario notturno"	EL1	Attivazione Elisuperfici per servizio elisoccorso anche in orario notturno	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022 Progetto inviato con nota AREUS prot. n.10825 del 19/12/2019 <i>N.B. Per la corretta valutazione dell'obiettivo sarà necessario considerare l'impatto dei processi e dei tempi istituzionali esogeni rispetto all'ambito di responsabilità strettamente aziendale</i>	Elisuperfici Attive: Cagliari – Brotzu; Sassari volo diurno; Nuoro volo diurno; La Maddalena; Olbia; Alghero; Sorgono; Lanusei;	Valutazione e attività necessaria per attivazione Elisuperfici Spoke (in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie): Nuoro volo notturno; Oristano; Ghilarza; Isili; Carbonia; Valutazione e attività necessaria per attivazione siti comunali (in collaborazione con enti Locali competenti): Alà Dei Sardi; Belvi; Carloforte; Luogosanto; Mara; Sennariolo			20
EL2	Miglioramento della qualità dei processi legati alle attività di Elisoccorso	EL2	Predisposizione protocolli per l'utilizzo (accesso e decollo) elisuperfici H12 e di quelle H24	Elaborare procedure, in collaborazione con VVF, per atterraggio su Elisuperfici dei Presidi Spoke Definire procedure per H12 e H24	Risultato finale obiettivo EL3a del PO 2022	N. procedure elaborate			20
EL3	Monitoraggio elisoccorso	EL3a	Monitoraggio dati sui pz in mobilità internazionale	Monitoraggio pz internazionali, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4a del PO 2022	Report 2023 su eventi registrati			15
		EL3b	Monitoraggio pz trasportati presso e da ospedali di altre Regioni	Monitoraggio trasporti extra Regione, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4b del PO 2022	Report 2023 su eventi registrati			15
		EL3c	Monitoraggio attività legate alla gestione dei trapianti intraregionali	Monitoraggio trasporto organi, trapianti ed espanti, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4c del PO 2022	Report 2023 su eventi registrati			15
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areasardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione		5
ACC	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività dell'Elisoccorso/ Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite			10

Totale Pesi OS 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa

Dipartimento
Direttore
Anno

SC - AFFARI GENERALI E LEGALI

Dipartimento della Governance strategica e gestione del Terzo Settore (DGSTS)
Dr. Francesco Bomboi

2023 – revisione post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione “Performance” del PIAO

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
AGL1	Gestione convenzionamento ETS per l'erogazione del servizio di emergenza 118	AGL1	Aggiornamento convenzioni; Adeguamento ISTAT; Erogazione contributi regionali		Attività svolta regolarmente	a) Aggiornamento costante delle convenzioni; b) rispetto a mezzi, personale e requisiti di accesso nelle singole postazioni MSB; c) adeguamento ISTAT entro aprile 2023; d) istruttoria e definizione manifestazione interesse per la erogazione dei contributi ambulanze entro il 30 agosto; e) Distribuzione contributi regionali (5 mln 2023) entro 3 mesi da erogazione RAS, per semestri a consuntivo, sulla base dei dati di attività forniti dalla liquidazione ETS.			65
AGL2	Adozione albo aziendale (short list) di avvocati/patrocinatori esterni con suddivisione per ambiti: - penale - civile - lavoro - amministrativo	AGL2	Short list aziendale legali di riferimento		Attività istruttoria	Sospeso			0
AGL3	Attuazione regolamento su accesso e rilascio copia documentazione sanitaria contenente “dati particolari”, in collaborazione con Centrali Op.ve 118	AGL3	Registro digitale accesso atti	In raccordo con Centrali Operative 118	-	Implementazione registro digitale accesso atti entro 30/06/2023			10
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali. (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg			10
PUBBL	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web “Amministrazione Trasparente”	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-	100% entro i termini			10

PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areasardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione	5
-----	---	-----	---	---	---	---	---------------------------------	----------

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa

SC - BILANCIO E GESTIONE FINANZIARIA

Dipartimento

Dipartimento della governance strategica e gestione del terzo settore (DGSTS)

Direttore

Dr. Paolo Sau

Anno

2023 – Obiettivi confermati post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione "Performance" del PIAO

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
PAG	Tempi di pagamento debiti commerciali nel rispetto delle prescrizioni ex art. 1, comma 865, L. 145/2018 per gli Enti del SSR (*)	PAGa	Pagamento entro 60 gg	Monitoraggio sui tempi di pagamento e dei tempi di liquidazione. Pubblicazioni trimestrali. Analisi qualitativa processi	4 pubblicazioni trimestrali con analisi qualitativa processi nel sito amministrazione trasparente	4 pubblicazioni trimestrali con analisi qualitativa processi nel sito amministrazione trasparente			15
		PAGb	Avvio Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	-	Avvio Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	Gestione Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura			15
		PAGc	Pagamento fatture entro 15 gg dall'avvenuta liquidazione	-	Emissione ordinativo di pagamento procedure standard entro 15 gg da liquidazione	Emissione ordinativo di pagamento procedure standard entro 15 gg da liquidazione			15
		PAGd	Analisi qualitativa delle dinamiche e tempistiche di registrazione, liquidazione e pagamento	Individuazioni giorni di ritardo e di esecuzione delle operazioni di registrazione, liquidazione e pagamento	-	Definizione report trimestrale per la Direzione Generale. Proposta eventuali azioni correttive a DG.			15
		PAGe	Riduzione debiti commerciali	Segnalazione ai rispettivi servizi di liquidazione dei debiti commerciali in scadenza o scaduti, in attesa di liquidazione	-	Segnalazione mensile ai servizi con file excel di dettaglio, a partire dal mese di adozione del Piano Operativo			20
BIL	Gestione processi per l'integrazione del modulo amministrativo contabile AMC con il modulo medicina convenzionata-MET HR03 della procedura informatica AREAS	BIL	Formalizzazione processi per esecuzione delle attività connesse alla erogazione degli emolumenti stipendiali dei MET	-	Parametrizzazione iniziata a fine 2021	Formalizzazione processi per esecuzione delle attività connesse entro i termini stipendiali			5
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale www.areas.sardegna.it e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0	0 punti in caso di segnalazione		5
PUBBL	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, L'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne dà informazione all'OIV	-	100% entro i termini			10

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa

Dipartimento

Direttore

Anno

SC - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO – GESTIONE ECONOMICA ETS

Dipartimento della Governance strategica e gestione del Terzo Settore (DGSTS)

Dr. Massimiliano Oppo

2023 – revisione post monitoraggio intermedio

Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Operativi della Sottosezione “Performance” del PIAO

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso
CG1	Studio di fattibilità economica del sistema di soccorso 118	CG1a	Approvazione di una delibera sull'analisi dei costi del sistema 118 nella prospettiva del passaggio dal sistema a tariffa, a quello a rimborso come da codice ETS	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023." D.Lgs. 117 de 3 luglio 2017 ss.m.i.	-	Proposta Delibera entro 20/12/2023 contenente, in allegato, un'analisi dei costi del sistema 118 (con l'attuale sistema tariffario) nella prospettiva del transito al sistema a rimborso dei costi effettivamente sostenuti			25
CG2	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione regionale	CG2a	Rispetto dei termini di presentazione dei documenti di programmazione: 15 novembre di ogni anno, in vista dell'approvazione del BPE entro il 31 dicembre o, comunque, entro 15 gg dal ricevimento degli ultimi input di programmazione su investimenti, servizi e personale	Obiettivo DG - Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022	Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 13 novembre 2020	Entro 15/11/2023 o entro termini differenti stabiliti da RAS, ovvero entro 15 gg da ricevimento input di programmazione dei servizi interessati			15
		CG2b	Revisione Programmazione 2023-25 a seguito di modifica del finanziamento regionale	Entro il nuovo termine stabilito dalla RAS		Proposta Deliberazione entro termine stabilito dalla RAS			10
PERF	Revisione Sistema Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)	PERF	Revisione SMVP anche alla luce dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale	Occorre considerare in particolare il nuovo assetto di Atto Aziendale per stabilire chi valuta chi	Adozione Delibera n. 231 del 25/09/2019; Revisione Delibera 192 del 29/10/2020	Presentazione ai sindacati (per informativa sindacale preventiva) ed alla Direzione della proposta di revisione del SMVP entro il 30/11/2023			20
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali. Nella valutazione non sono considerati i pagamenti fuori termine imputabili ai fornitori, per carenze documentali o per ritardi dovute a cause esogene (accertamenti, sospensioni, richieste di chiarimento ecc.). (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg			20
PUBBL	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-	100% entro i termini			10

Totale Pesi OS 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **SSD - ACCREDITAMENTO RETE EM/UR, GESTIONE TECNOLOGICA E LOGISTICA SANITARIA**

Dipartimento Dipartimento della Governance strategica e gestione del Terzo Settore (DGSTS)

Direttore Dr. Giovanni Secci

 Anno **2023 – revisione post monitoraggio intermedio**
Risorse Finanziarie Assegnate:

Budget autorizzativo 2023

Assegnazione Obiettivi Strategici (OS) del Piano della Performance:

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Val. Atteso risultato 100%	Val 80%	Val 60%	Peso								
IC1	Gestione diretta della parte della Rete Emergenza-Urgenza afferente all'ambito "Territoriale" (passaggio da livello Regionale ad Aziendale) Approvazione regolamento procedura di accreditamento per gli Enti/soggetti formatori erogatori di corsi finalizzati all'ottenimento dell'autorizzazione all'uso dei Defibrillatori Automatici Esterni (DAE) in ambito extra-ospedaliero rivolti a soggetti laici e alla formazione dei formatori BLS e P-BLS	IC1a	Attivazione della procedura entro 30 giorni dalla pubblicazione della deliberazione della Giunta regionale di approvazione degli obiettivi dei direttori generali	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	DGR 47/21 del 25/09/2018 DGR 18/8 del 12/04/2018	Adozione della Delibera AREUS e attivazione della procedura entro il 27/03/2023			15								
										IC2	Gestione Registro Regionale Defibrillatori Automatici Esterni (DAE)	IC2a	Aggiornamento dell'elenco di tutti i defibrillatori presente nel territorio regionale	Attuale elenco non aggiornato.	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	Attivazione del Portale entro il 31/04/2023	10
												IC2b	Registro degli operatori autorizzati all'utilizzo del DAE	Attuale gestione In capo alle CO 118		Avvio gestione da parte dell'Ingegneria Clinica entro 31/05/2023	5
												IC2c	Registro degli enti accreditati all'erogazione dei corsi DAE	Registro attualmente pubblicato sul Portale "Sardegna Salute". Previsto il passaggio di gestione con relativa pubblicazione sul "Portale AREUS" entro 31/03/2023		Avvio gestione elenchi e accreditamento da parte di AREUS entro 31/03/2023	10
IC2d	Registro degli istruttori	Registro aggiornato e attualmente pubblicato sul Portale "Sardegna Salute". Previsto il passaggio di gestione con relativa pubblicazione sul "Portale AREUS" entro 31/04/2023	Avvio gestione da parte di AREUS entro 31/04/2023	5													
IC3	Avvio della nuova gestione con standardizzazione dei livelli qualitativi ed operativi del servizio	IC3a	Gestione e controllo MSA, attrezzature sanitarie ed elettromedicali su MSA	Definizione e supervisione delle attività manutentive correlate e attivazione degli eventuali contratti a tale scopo stipulati	-	Gestione 100% non conformità Mezzi, attrezzature ed elettromedicali MSA		10									
		IC3b	Verifica stato manutentivo di MSA e apparecchiature elettromedicali	n. interventi effettuati / n. interventi pianificati su MSA ed elicotteri	100%	Controllo di almeno il 60% dei mezzi entro il 31/12/2023	5										
		IC3c	Verifica dotazioni e stato manutentivo di MSB, attrezzature ed elettromedicali	n. ispezioni eseguite/ n. pianificate su MSB	100%	Predisposizione piano ispezioni 2023	5										
		IC3f	Mappatura fabbisogni di tecnologie e attrezzature	Rilevamento fabbisogno da referenti SET 118 ed elibasi	-	Predisposizione piano investimenti 2024 per tecnologie e attrezzature sanitarie entro 30 ottobre 2023	5										
ETS	Gestione tavolo tecnico convenzioni ETS	ETSa	Definizione protocollo di convenzionamento e accreditamento	Definizione requisiti idoneità mezzi e attrezzature per convenzionamento e per monitoraggio ETS	-	Definizione del protocollo tecnico di accesso alle convenzioni ETS/AREUS entro 30/06/2023		10									
		ETSb		Definizione ambiti e corrispondenti penalità in caso di inadempimento in corso di convenzione		Definizione del regolamento delle penali in corso di Convenzione entro il 30/06/2023	10										

Piano Operativo 2023

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

Totale Pesi ODG 100

Eventuali osservazioni o risorse necessarie:

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale