



**AREUS**

Azienda Regionale  
Emergenza Urgenza Sardegna

ALLEGATO 3 AL PIAO 2024-2026

Piani Operativi 2024

Processo di budget 2024

Unità Organizzativa **SC - CO 118 CAGLIARI**

Dipartimento	Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
CO1	<b>CORRETTEZZA FLUSSI EMUR - TAE 118 CAGLIARI</b> Miglioramento della qualità dei flussi del servizio 118	CO1a	<b>CORRETTEZZA FLUSSI EMUR / TAE</b> 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	anno 2023: CORRETTEZZA EMUR <b>98%</b> (REGIONALE 97,8%)	Target regionale flusso EMUR  <b>Correttezza ≥ 95%</b>  Valutazione con % rapportata al 95%	<b>5</b>
		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%	Standard Regionale (N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100) = ≤ 5%  (VEDERE NOTA 1)	anno 2023: CORRETTEZZA TAE <b>94%</b> (REGIONALE 94,4%)	Target regionale flusso TAE  <b>Correttezza ≥ 95%</b>  Valutazione con % rapportata al 95%	<b>5</b>
		CO1c	<b>RIDUZIONE ERRORE STRUTTURA ASSENTE</b> 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: 3490 / 66464 = <b>5,25%</b>  Anno 2023 Cagliari: 2175 / 72579 = <b>2,99%</b>	Target aziendale: 0% errori  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>
		CO1d	<b>RIDUZIONE ERRORE MANCANZA TEMPI ARRIVO IN OSPEDALE</b> 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: 2908 / 66450 = <b>4,4%</b>  Anno 2023 Cagliari: 2070 / 73018 = <b>2,83%</b>	Target aziendale: 0% errori  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>
		CO1e	<b>COMPLETEZZA DATI CAMBI STATO</b> 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 <b>4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)</b>  Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	<b>5</b>
		CO1f	<b>COMPLETEZZA GENERALITA' EQUIPAGGI</b> 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 <b>4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)</b> , con indicazione delle MSB inadempienti  Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	<b>5</b>

CO2	GESTIONE PROCESSI CENTRALE OPERATIVA 118 CAGLIARI Miglioramento quali-quantitativo processi gestionali di Centrale Operativa	CO2a	<b>GESTIONE ATTIVAZIONE DAL 112</b> Tempo medio di attesa (inoltro) dal primo squillo della chiamata inviata dal NUE 112 alla risposta dell'operatore 118	TEMPO INOLTRO 112-118 50° PERCENTILE tempo di inoltro (tempo di attesa dal 1° squillo al PSAP2 118 fino alla risposta) Standard iniziale 2023 7 secondi (media regionale), dal 2024 riduzione progressiva target	Sud Sardegna 2023 50° percentile <b>8 secondi</b>  (RAS 7 secondi)	Target aziendale: tempo inoltro 112-118 al 50° percentile ≤ 6 secondi  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>	
		CO2b	<b>GESTIONE CHIAMATA 118</b> Tempo medio intercorrente tra presa in carico della chiamata ed attivazione della missione da parte della Centrale	CODA 118 - ATTIVAZIONE MISSIONE DA PARTE DELLA CENTRALE - tempo intercorrente tra la "presa in carico della chiamata" e l'attivazione della missione con "assegnazione del PRIMO MEZZO" disponibile (Filtro: solo chiamate con esito missione)	2022 289.22 secondi  2023 <b>176.99 sec</b>  (Media regionale 2023 147.77 sec)	Target aziendale: primo mezzo 105 secondi  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>	
		CO2c	<b>GESTIONE CHIAMATE AD ALTA PRIORITA'</b> Tempestività gestione telefonica interventi codici di alta gravità presunta	PRESA IN CARICO % CODICI ROSSI E GIALLI PRESUNTI tempo intercorso tra presa in carico della chiamata e assegnazione del "PRIMO MEZZO" verso l'evento, <b>entro 90 secondi</b> . Nell'85% dei casi la media tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento è ≤ 90 secondi.	2022 26.55%  2023 <b>59.65%</b>  (Media Regionale 57,48%)	Target nazionale: 85% assegnazione mezzi per codici rossi e gialli ≤ 90 secondi  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>	
		CO2d	<b>TELECONFERENZE CON STROKE-UNIT</b>	Esecuzione della teleconferenza con le <i>stroke unit</i> in più dell'80% dei casi di sospetto stroke (coinvolgimento mezzi/attori intervenuti nell'evento). Per poter avvenire la rendicontazione dell'obiettivo, occorre che gli operatori di centrale indichino la patologia e la sotto patologia (ictus) sulla scheda missione e la " <b>pre-notifica stroke-unit</b> " con flag specifico negli "avvisi", da spuntare per il singolo evento.	-	Target nazionale: 85% assegnazione mezzi per codici rossi e gialli ≤ 90 secondi  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>10</b>	
		CO2e	<b>CENTRALIZZAZIONE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI</b>	Aumento della % di centralizzazione (HUB d'elezione o Spoke appropriati per tipologia intervento) delle patologie tempo dipendenti. N.B. Gli operatori devono codificare esattamente la sotto patologia oltreché spuntare il flag sulla "centralizzazione".	-	<b>Teleconferenza con stroke-unit</b> di destinazione pz in più dell'80% dei casi di sospetto stroke (coinvolgimento mezzi/attori intervenuti nell'evento)  <b>Completezza alimentazione dato su sotto-patologie almeno al 90%</b>	<b>10</b>	
		CO2f	<b>IPA – ISTRUZIONI PRE-ARRIVO</b>	Le Centrali devono anzitutto aggiornare le IPA e successivamente alimentare il sistema.	-	<b>Aumento 5%</b> (su dato storico) della <b>% di centralizzazione</b> delle patologie tempo dipendenti	<b>10</b>	
		CO2g	<b>REVISIONE E STANDARDIZZAZIONE REGIONALE PROTOCOLLI DI CENTRALE</b>	Redazione/revisione dei "protocolli di centrale" in condivisione tra le CCOO118 di Cagliari e Sassari	-	Formalizzazione di almeno <b>5 IPA</b> (istruzioni pre arrivo) entro il 30/06/2024	<b>5</b>	
		CO2h	<b>PROCEDURE GRANDI EVENTI E MANIFESTAZIONI E MAXIEMERGENZE</b>	Valutazione di tutti i piani sanitari (che rispecchino le tempistiche previste dalla DGR 65/13 del 2015) per lo svolgimento di "grandi eventi" e manifestazioni. Revisione e condivisione tra Centrali Operative della procedura di gestione delle maxi-emergenze	-	Redazione/revisione " <b>protocolli di centrale</b> " in condivisione tra le CCOO118 di Cagliari e Sassari  Valutazione <b>Piani sanitari</b> per grandi eventi e manifestazioni nel 100% degli eventi 2024 Revisione e condivisione tra Centrali Operative della <b>procedura di gestione delle maxi-emergenze</b> entro 30/09/2024	<b>10</b>	
RCL	<b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>	RCL1	<b>GESTIONE EVENTI AVVERSI</b>	Segnalazione eventi rischio clinico	-	Almeno <b>25 segnalazioni al Rischio Clinico</b> su eventi avversi e organizzazione di almeno <b>4 "meeting di CO"</b> per la discussione di casi clinici con eventuale aggiornamento di algoritmi di dispatch	<b>5</b>	
ACC	<b>ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI ALL'AMMINISTRAZIONE</b>	ACC	<b>ACCESSIBILITA'</b>	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività della C.O. 118 Cagliari / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite	<b>5</b>
PCT	<b>PREVENZIONE FENOMENI DI CORRUZIONE E PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA</b>	PCT	<b>TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE</b>	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	-	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(NOTA 1)

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.**

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa	SC - CO 118 SASSARI
Dipartimento	Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Direttore	Incarico di SC da attribuire
Anno	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
CO1	<b>CORRETTEZZA FLUSSI EMUR – TAE 118 SASSARI</b> Miglioramento della qualità dei flussi del servizio 118	CO1a	<b>CORRETTEZZA FLUSSI EMUR / TAE</b> Riduzione errori o incompletezze evitabili nei flussi EMUR (prestazioni in emergenza urgenza) e TAE (Trasporto in Ambulanza ed Elisoccorso):  N. record EMUR trasmessi entro i termini /N. totale record *100 ≥ 95%	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	anno 2023: CORRETTEZZA EMUR <b>97%</b> (REGIONALE 97,8%)	Target regionale flusso EMUR  <b>Correttezza ≥ 95%</b>  Valutazione con % rapportata al 95%	5
		CO1b	N. errori TAE di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100 ≤ 5%	Standard Regionale (N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100) = ≤ 5%  (VEDERE NOTA 1)	anno 2023: CORRETTEZZA TAE <b>95%</b> (REGIONALE 94,4%)	Target regionale flusso TAE  <b>Correttezza ≥ 95%</b>  Valutazione con % rapportata al 95%	5
		CO1c	<b>RIDUZIONE ERRORE STRUTTURA ASSENTE</b> 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: 3380 / 52560 = <b>6,43%</b>  Anno 2023 Sassari: 2871 / 57848 = <b>4,96%</b>	Target aziendale: 0% errori  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	5
		CO1d	<b>RIDUZIONE ERRORE MANCANZA TEMPI ARRIVO IN OSPEDALE</b> 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 = <b>3,28%</b>  Anno 2023 Sassari: 3643 / 60156 = <b>6,05%</b>	Target aziendale: 0% errori  <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	5
		CO1e	<b>COMPLETEZZA DATI CAMBI STATO</b> 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 <b>4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)</b>  Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	5
		CO1f	<b>COMPLETEZZA GENERALITA' EQUIPAGGI</b> 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 <b>4 segnalazioni/anno alle ATREU (*)</b> , con indicazione delle MSB inadempienti  Valutazione con % rapportata a 4 segnalazioni	5

CO2	<b>GESTIONE PROCESSI CENTRALE OPERATIVA 118 SASSARI</b> Miglioramento qualitativo processi gestionali di Centrale Operativa	CO2a	<b>GESTIONE ATTIVAZIONE DAL 112</b> Tempo medio di attesa (inoltro) dal primo squillo della chiamata inviata dal NUE 112 alla risposta dell'operatore 118	TEMPO INOLTRO 112-118 50° PERCENTILE tempo di inoltro (tempo di attesa dal 1° squillo al PSAP2 118 fino alla risposta) Standard iniziale 2023 7 secondi (media regionale), dal 2024 riduzione progressiva target	Sud Sardegna 2023 50° percentile <b>8 secondi</b> (RAS 7 secondi)	Target aziendale: tempo inoltro 112-118 al 50° percentile ≤ 6 secondi <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>	
		CO2b	<b>GESTIONE CHIAMATA 118</b> Tempo medio intercorrente tra presa in carico della chiamata ed attivazione della missione da parte della Centrale	CODA 118 - ATTIVAZIONE MISSIONE DA PARTE DELLA CENTRALE - tempo intercorrente tra la "presa in carico della chiamata" e l'attivazione della missione con "assegnazione del PRIMO MEZZO" disponibile (Filtro: solo chiamate con esito missione)	2022 289.22 secondi <b>2023 176.99 sec</b> (Media regionale 2023 147.77 sec)	Target aziendale: primo mezzo 105 secondi <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>	
		CO2c	<b>GESTIONE CHIAMATE AD ALTA PRIORITA'</b> Tempestività gestione telefonica interventi codici di alta gravità presunta	PRESA IN CARICO % CODICI ROSSI E GIALLI PRESUNTI tempo intercorso tra presa in carico della chiamata e assegnazione del "PRIMO MEZZO" verso l'evento, <b>entro 90 secondi</b> . Nell'85% dei casi la media tra presa in carico della chiamata e assegnazione del mezzo verso l'evento è ≤ 90 secondi.	2022 26.55% <b>2023 59.65%</b> (Media Regionale 57,48%)	Target nazionale: 85% assegnazione mezzi per codici rossi e gialli ≤ 90 secondi <b>Riduzione Delta (dato storico-target) di almeno il 5% annuo</b>	<b>5</b>	
		CO2d	<b>TELECONFERENZE CON STROKE-UNIT</b>	Esecuzione della teleconferenza con le <i>stroke unit</i> in più dell'80% dei casi di sospetto stroke (coinvolgimento mezzi/attori intervenuti nell'evento). Per poter avvenire la rendicontazione dell'obiettivo, occorre che gli operatori di centrale indichino la patologia e la sotto patologia (ictus) sulla scheda missione e la " <b>pre-notifica stroke-unit</b> " con flag specifico negli "avvisi", da spuntare per il singolo evento.	-	<b>Teleconferenza con stroke-unit</b> di destinazione pz in più dell'80% dei casi di sospetto stroke (coinvolgimento mezzi/attori intervenuti nell'evento) <b>Completezza alimentazione dato su sottopatologie almeno al 90%</b>	<b>10</b>	
		CO2e	<b>CENTRALIZZAZIONE PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI</b>	Aumento della % di centralizzazione (HUB d'elezione o Spoke appropriati per tipologia intervento) delle patologie tempo dipendenti. N.B. Gli operatori devono codificare esattamente la sotto patologia oltreché spuntare il flag sulla "centralizzazione".	-	<b>Aumento 5% (su dato storico) della % di centralizzazione</b> delle patologie tempo dipendenti	<b>10</b>	
		CO2f	<b>IPA – ISTRUZIONI PRE-ARRIVO</b>	Le Centrali devono anzitutto aggiornare le IPA e successivamente alimentare il sistema.	-	Formalizzazione di almeno <b>5 IPA</b> (istruzioni pre arrivo) entro il 30/06/2024	<b>5</b>	
		CO2g	<b>REVISIONE E STANDARDIZZAZIONE REGIONALE PROTOCOLLI DI CENTRALE</b>	Redazione/revisione dei "protocolli di centrale" in condivisione tra le CCOO118 di Cagliari e Sassari	-	Redazione/revisione " <b>protocolli di centrale</b> " in condivisione tra le CCOO118 di Cagliari e Sassari	<b>5</b>	
		CO2h	<b>PROCEDURE GRANDI EVENTI E MANIFESTAZIONI E MAXIEMERGENZE</b>	Valutazione di tutti i piani sanitari (che rispecchino le tempistiche previste dalla DGR 65/13 del 2015) per lo svolgimento di "grandi eventi" e manifestazioni. Revisione e condivisione tra Centrali Operative della procedura di gestione delle maxi-emergenze	-	Valutazione <b>Piani sanitari</b> per grandi eventi e manifestazioni nel 100% degli eventi 2024 Revisione e condivisione tra Centrali Operative della <b>procedura di gestione delle maxi-emergenze</b> entro 30/09/2024	<b>10</b>	
RCL	<b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>	RCL1	<b>GESTIONE EVENTI AVVERSI</b>	Segnalazione eventi rischio clinico	-	Almeno <b>25 segnalazioni al Rischio Clinico</b> su eventi avversi e organizzazione di almeno <b>4 "meeting di CO"</b> per la discussione di casi clinici con eventuale aggiornamento di algoritmi di dispatch	<b>5</b>	
ACC	<b>ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI ALL'AMMINISTRAZIONE</b>	ACC	<b>ACCESSIBILITA'</b>	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività della C.O. 118 Cagliari / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite	<b>5</b>
PCT	<b>PREVENZIONE FENOMENI DI CORRUZIONE E PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA</b>	PCT	<b>TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE</b>	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	-	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

(NOTA 1)

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.**

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	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
NEA1	NEA 116117 - Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione	NEA1a	Monitoraggio Fase 1 (completamento lavori e arredi)	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)	-	Monitoraggio interventi strutturali per avvio centrale - termine previsto 31/01/2024 consegna cantiere; montaggio mobili e arredi entro 15 giorni da consegna fornitura	10
		NEA1b	Monitoraggio Fase 2 (installazione e funzionamento tecnologie ICT)		-	Monitoraggio interventi tecnologici ICT per avvio centrale - termine entro 30 gg da consegna cantiere con mobili installati	10
		NEA1c	Monitoraggio Fase 3 (reclutamento e addestramento personale)		-	Monitoraggio reclutamento Risorse Umane - termine entro 15 febbraio	10
		NEA1d	Avvio servizio NEA 116117 entro il 2024		-	Avvio entro 15/04/2024	25
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	20
		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	20
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 0 punti in caso di segnalazione	5

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

il Dirigente  
F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa	<b>SC – NUE 112</b>
Dipartimento	Dipartimento delle Centrali operative e della governance clinica (DCOG)
Direttore	Dr.ssa Michela Cualbu
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
<b>NUE1</b>	ATTUAZIONE MODELLO "CENTRALE UNICA REGIONALE" (CUR)– Gestione della chiamata di soccorso dalla fase di "ricezione" all'individuazione del PSAP2 competente	NUE1a	<b>Tempo medio di attesa risposta</b> (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)	Tempo medio di Attesa 2023 90%	Target nazionale: Tempo medio attesa 90% casi ≤ 10 SEC riduzione delta (dato storico-target) 10%	<b>30</b>
		NUE1b	<b>Tempo di processo NUE 112</b> (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). Sono escluse le chiamate effettuate da stranieri che richiedono il servizio "interprete". Escludere le chiamate non inoltrate al PSAP2.	Tempo medio di Processo 2023 90%	Target nazionale: Tempo medio processo 90% casi ≤ 40 SEC riduzione delta (dato storico-target) 10%	<b>30</b>
		NUE1c	Gestione interna processi NUE 112	Incontri di aggiornamento con personale NUE	-	Almeno 4 riunioni con cadenza trimestrale interne	<b>10</b>
		NUE1d	Gestione esterna processi NUE 112-118	Incontri di revisione processi con personale 118	-	Almeno 2 riunioni con cadenza semestrale con servizio 118	<b>10</b>
		NUE1e	Gestione rischio clinico NUE 112	Segnalazione eventi rischio clinico	-	Almeno 15 segnalazioni al Rischio Clinico su eventi avversi	<b>10</b>
<b>ACC</b>	Piena accessibilità del cittadino all'Amministrazione	ACC	Rilevazione della qualità percepita da parte dell'utente in funzione della piena accessibilità dei cittadini ai servizi	Numero reclami e segnalazioni di utenti pervenuti all'URP relativi all'attività del NUE 112 / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	100% reclami/segnalazioni gestite	<b>10</b>
<b>Totale Pesi ODG</b>							<b>100</b>

**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	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
RC1	Implementazione e alimentazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	RC1	a) N. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie b) N. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO QGC1</b> Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. Le Segnalazioni riguardano <b>quasi eventi, eventi senza danno, eventi con danno, eventi sentinella con danno grave</b> . Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES). L'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobico-resistenza)	2023 44 segnalazioni aziendali e 4 audit	a) ≥ 80 segnalazioni aziendali anno 2024 b) ≥ 1 audit per unità operativa con facilitatore del rischio clinico formato	45
RC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	RC2	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO QGC2</b> Il valore è misurato sulle aree: centrali operative, postazioni di soccorso e elisoccorso. L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori	2023 3 report FMEA su tre aree con analisi e azioni miglioramento evento critico ciascuna	Redazione di almeno 1 (≥1) report FMEA per: - Centrale operativa - Postazione di soccorso - Postazione di elisoccorso (elibase)	40
RC3	Gestione rischio infettivo	RC3	Adozione Modello organizzativo per la gestione rischio infettivo	Rispetto direttive regionali per processi gestione rischio infettivo	-	Predisposizione bozza e adozione documento entro 30/09/2024	10
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	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	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo del 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
EL2	Realizzazione del progetto "servizio elisoccorso HEMS anche in orario notturno"	EL2a	Realizzazione del piano di individuazione e attivazione <b>Elisuperfici</b> 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: Vedere elenco SSD Elisoccorso	Valutazione e attività necessaria per attivazione <b>Elisuperfici Spoke</b> (in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie) secondo indicazioni della Direzione e disponibilità effettive e tempistiche interlocutori extra-aziendali	5
		EL2b	Realizzazione del piano di individuazione e attivazione <b>Punti atterraggio</b> per servizio elisoccorso anche in orario diurno e notturno nel territorio regionale			Valutazione e attività necessaria per <b>attivazione siti comunali di atterraggio</b> secondo indicazioni della Direzione e disponibilità effettive e tempistiche interlocutori aziendali (enti locali)	5
PTL1	Gestione tecnico-patrimoniale	PTL1a	Definizione procedure emergenza negli edifici in comodato d'uso/affitto nei quali sia stato stipulato un contratto di manutenzione	Gestione preventiva e correttiva emergenze e imprevisti	-	Proposta procedura entro <b>30/06/2024</b>	10
		PTL1b	Trasferimento postazioni MSA di P. Torres e Sassari presso nuove sedi idonee	N.B. Questo indicatore ed in particolare i target risentono dei tempi esogeni legati al coinvolgimento di enti terzi -	-	90 giorni dalla disponibilità degli immobili	10
PTL2	Gestione ed esecuzione lavori	PTL2a	Avvio procedure di affidamento incarico di progettazione Ex-CIFDA	N.B. Questo indicatore ed in particolare i target risentono dei tempi esogeni legati al coinvolgimento di enti terzi	-	entro <b>31/10/2024</b>	15
		PTL2b	Intervento di Realizzazione linee dorsali elettrica ed idrica a servizio della Palazzina I), ospitante le Centrali Operative NUE 112 e 118 ed adeguamento dell'elisuperficie dell'Ex Ospedale Psichiatrico Rizzeddu nel Comune di Sassari	-	-	entro <b>60 giorni</b> dal verbale di consegna lavori	10
PTL3	NEA 116117 - Definizione piano di attivazione ed avvio delle attività di realizzazione	PTL3a	Lavori di realizzazione della Centrale Operativa 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	-	Completamento lavori entro il <b>05/04/2024</b>	15
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture e note di debito entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio con evidenziazione nella work-list del servizio	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, scadenza DURC ecc.). (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg. Tempo tecnico da comparsa documento nella work-list del servizio fino alla firma digitale per la validazione della liquidazione.	10
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 0 punti in caso di segnalazione	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.

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	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
<b>RU1</b>	Assunzione idonei operatori telefonici profilo tecnico B, disponibili al momento della chiamata, in termini compatibili con l'avvio del servizio, per consentire addestramento sull'utilizzo degli applicativi NEA 116117	RU1	Assunzione idonei disponibili per avvio servizio NEA 116117	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disponibili idonei al momento della chiamata</li> <li>• tempi di riferimento: 15 febbraio 2024</li> <li>• I tempi devono essere aggiornati rispetto al concreto stato di avanzamento del progetto NEA 116117 e del relativo cronoprogramma ufficiale compatibilmente con l'andamento della procedura di selezione del personale dedicato tramite ASPAL</li> </ul> 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. Reclutamento 6 infermieri in collaborazione con SC SIT. Termine - 15 marzo 2024	<b>20</b>
<b>RU2</b>	Reclutamento figure professionali previste nel PTFP, secondo le priorità indicate dalla Direzione.	RU2	Tempo ed efficacia processo interno	Gestione aspetti giuridici ed economici secondo le esigenze della Direzione Generale, con priorità emergenti correlate alle dinamiche aziendali	-	Regolarizzazione neo assunti e definizione di un prospetto unico che riporti la spunta e la loro firma per ricevuta delle consegne per i neo assunti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stipula contratto individuale</li> <li>• Adempimenti medico competente</li> <li>• Autorizzazioni trattamento dati</li> <li>• Consegna bozza codice dipendente</li> <li>• Estratto valutazione rischi da DVR fornito da SPEP</li> </ul> Definizione di un prospetto unico che evidenzi il processo per singolo neo assunto, da archiviare nel fascicolo personale.	<b>15</b>
<b>RU3</b>	Gestione risorse umane	RU3a	Gestione processi interni	Gestione aspetti giuridici ed economici secondo le esigenze della Direzione Generale, con priorità emergenti correlate alle dinamiche aziendali	Sperimentazione regolamento POLA	Revisione Regolamento Aziendale Lavoro Agile al termine della fase sperimentale. Valutazione opportunità, benefici e rischi gestionali. Termine 31/07/2024	<b>15</b>
		RU3b	Regolamenti interni	Gestione aspetti giuridici ed economici secondo le esigenze della Direzione Generale, con priorità emergenti correlate alle dinamiche aziendali	-	Definizione di un Regolamento per incarichi extra istituzionali. Proposta Delibera entro 31/03/2024	<b>10</b>
<b>RU4</b>	Messa a regime del nuovo assetto dell'Atto Aziendale con attività inerenti alla selezione, conferimento incarichi (di struttura o professionali), progressioni verticali, incarichi di funzione (comparto) 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	-	Completamento atti successivi al reclutamento. Stipula contratti individuali. Termine per la definizione delle procedure di conferimento degli incarichi di funzione già banditi: 30.06.2024. Termine per la definizione delle progressioni verticali: 31.04.2024	<b>15</b>
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture e note di debito entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio con evidenziazione nella work-list del servizio	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, scadenza DURC ecc.). (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg. Tempo tecnico da comparsa documento nella work-list del servizio fino alla firma digitale per la validazione della liquidazione.	<b>10</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

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

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

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

Dipartimento	Dipartimento gestione e sviluppo risorse umane, patrimonio e ICT (DGRPT)
Direttore	Dr. Gianfranco Bussalai
Anno	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
ICT1	Gestione Flussi	ICT1	Gestione flussi informativi aziendali	-	Recuperato pregresso dal 2018 al primo semestre 2022	<b>Alimentazione flussi mobilità attiva internazionale.</b> Tempestività e completezza: completamento 100% casi competenza primo semestre 2023 alla data del 31/12/2024	<b>10</b>
ICT2	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	ICT2a	a) Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dai disciplinari dei flussi b) N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto /N. totale record *100	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO LEA3</b> I record sono riferiti alla totalità dei flussi 118 (file I) e TAE (file G) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori	Trasmissione mensile regolare dei flussi alla RAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Target indicatore a): 2/2 flussi 2024 (file I e G) secondo termine del disciplinare (28/02/2025 per dati anno 2024)</li> <li>Monitoraggio mensile (n. 12 report analitici) del target regionale (indicatore b ≤ 5%)</li> </ul>	<b>20</b>
		ICT2b	Monitoraggio e gestione flussi informativi - Verifica qualità e rispetto tempistiche flussi EMUR, TAE	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 2023	Rispetto tempistiche invio flussi (giorni 5 e 15 di ogni mese) e invio reportistica mensile monitoraggio completezza flussi EMUR, TAE	<b>10</b>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obiettivo DG – Delib.G.R. n. 14/30 del 29.4.2022.</li> <li>Obiettivo subordinato ai tempi di conclusione dei lavori edili e dalla disponibilità dell'Accordo Quadro SPC Cloud lotto 1 o strumento equivalente utilizzabile.</li> </ul> N.B. per consentire la corretta programmazione dei lavori, i fornitori chiedono di essere formalmente ingaggiati almeno 40 gg prima della data di avvio installazione.	-	Centrale operativa funzionante e pienamente attivabile dal punto di vista strumentale e dei sistemi ICT al 05/04/2024	<b>30</b>
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 delle attività affidate alla SC Provveditorato e tecnico patrimoniale ed in particolare per l'Obiettivo PTL2b – "Intervento di Realizzazione linee dorsali elettrica ed idrica a servizio della Palazzina I)..."	Affidamento servizio a Telecom	Realizzazione lavori ICT entro 60 gg dalla realizzazione delle dorsali elettriche da parte della SC Provveditorato e tecnico patrimoniale	<b>10</b>
		ICT3b	Trasloco e dismissione sede di Palazzo Rosa				
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture e note di debito entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio con evidenziazione nella work-list del servizio	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, scadenza DURC ecc.). <b>(*)</b>	Liquidazioni regolari	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg. Tempo tecnico da comparsa documento nella work-list del servizio fino alla firma digitale per la validazione della liquidazione.	<b>10</b>
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	5 punti in assenza di segnalazioni, 0 punti in caso di segnalazioni	<b>5</b>
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	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa

Dipartimento

Anno

**SSD – FORMAZIONE EMERGENZA/URGENZA, COMUNICAZIONE E URP**

Dipartimento gestione e sviluppo risorse umane, patrimonio e ICT (DGRPT)

Incarico SSD da attribuire

2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
F1	Formazione e addestramento delle risorse umane del sistema di emergenza e urgenza pre-ospedaliera (appropriatezza ed aggiornamento delle competenze tecnico-professionali)	F1a	Definizione Piano Formazione	Necessario raccordo con ARES (provider regionale)	-	Entro 30/11/2024	20
		F1b	Rispetto interventi formativi pianificati per i dipendenti	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	Target 80% eventi realizzati entro i termini pianificati (dipendenti)	15
		F1c	Rispetto interventi formativi pianificati per medici convenzionati	n. eventi realizzati / n. eventi pianificati = 100% nei termini	-	Target 80% eventi realizzati entro i termini pianificati (medici convenzionati 118)	15
F2	Semplificazione procedure aziendali Costruzione profilo Soccorritore	F2	Programmazione quali quantitativa annuale dei corsi per soccorritore 118, entro 60 gg da DGR di approvazione progetto fondi FSE	-	-	Programmazione corsi entro 60 gg da approvazione DGR	20
F3	Diffusione degli eventi formativi sul territorio regionale	F3	Attivazione convenzioni con partner formativi	-	-	Stipula convenzioni/accordi entro 30/04/2024 con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simannu</li> <li>• Assessorato Lavoro</li> <li>• AOU Cagliari</li> </ul>	10
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture e note di debito entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio con evidenziazione nella work-list del servizio	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, scadenza DURC ecc.). (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg. Tempo tecnico da comparsa documento nella work-list del servizio fino alla firma digitale per la validazione della liquidazione.	10
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	-	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	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 Aziendale / Numero reclami e segnalazioni gestiti	-	Gestione 100% reclami/segnalazioni gestite	5

**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 **SC - ATREU CENTRO**

Dipartimento	Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero (DGRS)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
ET1	<b>GOVERNO PROCESSI EMERGENZA TERRITORIALE PRE-OSPEDALIERA NELL'AREA DELLE PROVINCE DI NUORO, ORISTANO, OGLIASTRA E MEDIO CAMPIDANO</b> Standardizzazione e miglioramento performance sanitarie	ET1a	Monitoraggio sull'affidabilità, efficacia, efficienza, allocazione ottimale, postazioni avanzate e di base del 118	Verifica congruità ed affidabilità della rete avanzata e di base AREUS.  Migliorare l'appropriatezza e la tempestività di attivazione degli interventi del Servizio 118 attraverso: la standardizzazione dei livelli qualitativi ed operativi alla nuova gestione delle Postazioni medicalizzate avanzate 118; il monitoraggio servizi postazioni di base; miglioramento dell'infrastrutturazione della rete aziendale sull'intero ambito regionale.	-	3 report direzionali quadrimestrali 30/04/2024 – 31/08/2024 – 31/12/2024 Definizione ed alimentazione di indicatori di outcome.	<b>15</b>
		ET1b	Monitoraggio e direttive correttive su completezza cambi di stato, generalità equipaggi, strutture ospedaliere di consegna pz, segnalati via tablet o mediante altre modalità consentite, alle Centrali Operative 118 da MSA, MSB ed elicotteri	Supporto all'affidabilità dei dati immessi su Beta 80	-	3 report direzionali quadrimestrali 30/04/2024 – 31/08/2024 – 31/12/2024, con segnalazioni specifiche agli ETS od alle MSA divergenti rispetto agli standard attesi	<b>15</b>
		ET1c	Verifica esiti e skill. Definizione di Input formativi per la formazione del personale MSA	Supporto alla qualità assistenziale avanzata. Migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.	-	Conduzione 2 monitoraggi annuali 30/04/2024 e 31/08/2024 a campione, con definizione programma formativo da inviare alla SSD Formazione entro 30/09/2024	<b>15</b>
		ET1d	Verifica esiti e skill. Definizione di Input formativi per la formazione operatori MSB	Supporto alla qualità assistenziale di base. Migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.	-	Conduzione 2 monitoraggi annuali 30/04/2024 e 31/08/2024 a campione, con definizione programma formativo da inviare alla SSD Formazione entro 30/09/2024	<b>15</b>
ET2	<b>TIME TO TARGET</b> dei mezzi di soccorso avanzato e di base nell'area territoriale di competenza	ET2	Miglioramento della performance del sistema di emergenza sanitaria territoriale aumentando l'efficienza di intervento allarme target dei mezzi di soccorso per interventi urgenti (codici rossi e gialli)	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. Target aziendale ≤ 18 minuti Flusso informativo sanitario EMUR (NSIS)	DATI 2023 medi: Regione <b>16,42 minuti</b> Nord Sardegna 13,62 minuti Sud Sardegna 18,55 minuti  DATI 2023 75° percentile: Regione <b>19 minuti</b> Nord Sardegna 16 minuti Sud Sardegna 21 minuti	Monitoraggio ed individuazione fattori per miglioramento esiti % rispetto al "Time to Target" 2023, con specifiche direttive organizzative e di servizio.	<b>20</b>

<b>ET3</b>	<b>FIRST HOUR QUINTET</b> - patologie tempo dipendenti nell'area territoriale di competenza	ET3	migliorare l'efficacia del sistema di emergenza territoriale attraverso una migliore gestione degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)	<p>Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno.</p> <p>Interventi per Patologie FHT con ALS / Totale Interventi Patologie FHT (Le patologie FHQ (l'Arresto Cardiaco, la Sindrome Coronarica Acuta, l'Insufficienza Respiratoria Acuta, lo Stroke (ictus) e il Trauma) sono eventi a dipendenza temporale che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento, richiedendo l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support - ALS).</p> <p>L'indicatore permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza.)</p>	<p>Tasso gestione patologie FHQ con mezzi avanzati (dato medio complessivo):</p> <p style="text-align: center;">24,97%</p>	Monitoraggio ed individuazione fattori per miglioramento esiti % rispetto al "FHQ" 2023, con specifiche direttive organizzative e di servizio.	<b>15</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **SC - ATREU NORD**

Dipartimento	Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero (DGRS)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
<b>ET1</b>	<b>GOVERNO PROCESSI EMERGENZA TERRITORIALE PRE-OSPEDALIERA NELL'AREA METROPOLITANA DI SASSARI E NELLA PROVINCIA DELLA GALLURA</b> Standardizzazione e miglioramento performance sanitarie	ET1a	Monitoraggio sull'affidabilità, efficacia, efficienza, allocazione ottimale, postazioni avanzate e di base del 118	Verifica congruità ed affidabilità della rete avanzata e di base AREUS. Migliorare l'appropriatezza e la tempestività di attivazione degli interventi del Servizio 118 attraverso: la standardizzazione dei livelli qualitativi ed operativi alla nuova gestione delle Postazioni medicalizzate avanzate 118; il monitoraggio servizi postazioni di base; miglioramento dell'infrastrutturazione della rete aziendale sull'intero ambito regionale.	-	3 report direzionali quadrimestrali 30/04/2024 – 31/08/2024 – 31/12/2024 Definizione ed alimentazione di indicatori di outcome.	<b>15</b>
		ET1b	Monitoraggio e direttive correttive su completezza cambi di stato, generalità equipaggi, strutture ospedaliere di consegna pz, segnalati via tablet o mediante altre modalità consentite, alle Centrali Operative 118 da MSA, MSB ed elicotteri	Supporto all'affidabilità dei dati immessi su Beta 80	-	3 report direzionali quadrimestrali 30/04/2024 – 31/08/2024 – 31/12/2024, con segnalazioni specifiche agli ETS od alle MSA divergenti rispetto agli standard attesi	<b>15</b>
		ET1c	Verifica esiti e skill. Definizione di Input formativi per la formazione del personale MSA	Supporto alla qualità assistenziale avanzata. Migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.	-	Conduzione 2 monitoraggi annuali 30/04/2024 e 31/08/2024 a campione, con definizione programma formativo da inviare alla SSD Formazione entro 30/09/2024	<b>15</b>
		ET1d	Verifica esiti e skill. Definizione di Input formativi per la formazione operatori MSB	Supporto alla qualità assistenziale di base. Migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.	-	Conduzione 2 monitoraggi annuali 30/04/2024 e 31/08/2024 a campione, con definizione programma formativo da inviare alla SSD Formazione entro 30/09/2024	<b>15</b>
<b>ET2</b>	<b>TIME TO TARGET</b> dei mezzi di soccorso avanzato e di base nell'area territoriale di competenza	ET2	Miglioramento della performance del sistema di emergenza sanitaria territoriale aumentando l'efficienza di intervento allarme target dei mezzi di soccorso per interventi urgenti (codici rossi e gialli)	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. Target aziendale ≤ 18 minuti Flusso informativo sanitario EMUR (NSIS)	DATI 2023 medi: Regione <b>16,42 minuti</b> Nord Sardegna 13,62 minuti Sud Sardegna 18,55 minuti  DATI 2023 75° percentile: Regione <b>19 minuti</b> Nord Sardegna 16 minuti Sud Sardegna 21 minuti	Monitoraggio ed individuazione fattori per miglioramento esiti % rispetto al "Time to Target" 2023, con specifiche direttive organizzative e di servizio.	<b>20</b>

ET3	<b>FIRST HOUR QUINTET</b> - patologie tempo dipendenti nell'area territoriale di competenza	ET3	migliorare l'efficacia del sistema di emergenza territoriale attraverso una migliore gestione degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)	<p>Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno .</p> <p>Interventi per Patologie FHT con ALS / Totale Interventi Patologie FHT (Le patologie FHQ (l'Arresto Cardiaco, la Sindrome Coronarica Acuta, l'Insufficienza Respiratoria Acuta, lo Stroke (ictus) e il Trauma) sono eventi a dipendenza temporale che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento, richiedendo l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support - ALS).</p> <p>L'indicatore permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza.)</p>	<p>Tasso gestione patologie FHQ con mezzi avanzati (dato medio complessivo):</p> <p>24,97%</p>	Monitoraggio ed individuazione fattori per miglioramento esiti % rispetto al "FHQ" 2023, con specifiche direttive organizzative e di servizio.	<b>15</b>
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

Unità Organizzativa **SC - ATREU SUD**

Dipartimento	Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero (DGRS)
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
<b>ET1</b>	<b>GOVERNO PROCESSI EMERGENZA TERRITORIALE PRE-OSPEDALIERA NELL'AREA DELLE PROVINCIA DEL SULCIS ED AREA METROPOLITANA DI CAGLIARI</b> Standardizzazione e miglioramento performance sanitarie	ET1a	Monitoraggio sull'affidabilità, efficacia, efficienza, allocazione ottimale, postazioni avanzate e di base del 118	Verifica congruità ed affidabilità della rete avanzata e di base AREUS. Migliorare l'appropriatezza e la tempestività di attivazione degli interventi del Servizio 118 attraverso: la standardizzazione dei livelli qualitativi ed operativi alla nuova gestione delle Postazioni medicalizzate avanzate 118; il monitoraggio servizi postazioni di base; miglioramento dell'infrastrutturazione della rete aziendale sull'intero ambito regionale.	-	3 report direzionali quadrimestrali 30/04/2024 – 31/08/2024 – 31/12/2024 Definizione ed alimentazione di indicatori di outcome.	<b>15</b>
		ET1b	Monitoraggio e direttive correttive su completezza cambi di stato, generalità equipaggi, strutture ospedaliere di consegna pz, segnalati via tablet o mediante altre modalità consentite, alle Centrali Operative 118 da MSA, MSB ed elicotteri	Supporto all'affidabilità dei dati immessi su Beta 80	-	3 report direzionali quadrimestrali 30/04/2024 – 31/08/2024 – 31/12/2024, con segnalazioni specifiche agli ETS od alle MSA divergenti rispetto agli standard attesi	<b>15</b>
		ET1c	Verifica esiti e skill. Definizione di Input formativi per la formazione del personale MSA	Supporto alla qualità assistenziale avanzata. Migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.	-	Conduzione 2 monitoraggi annuali 30/04/2024 e 31/08/2024 a campione, con definizione programma formativo da inviare alla SSD Formazione entro 30/09/2024	<b>15</b>
		ET1d	Verifica esiti e skill. Definizione di Input formativi per la formazione operatori MSB	Supporto alla qualità assistenziale di base. Migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.	-	Conduzione 2 monitoraggi annuali 30/04/2024 e 31/08/2024 a campione, con definizione programma formativo da inviare alla SSD Formazione entro 30/09/2024	<b>15</b>
<b>ET2</b>	<b>TIME TO TARGET</b> dei mezzi di soccorso avanzato e di base nell'area territoriale di competenza	ET2	Miglioramento della performance del sistema di emergenza sanitaria territoriale aumentando l'efficienza di intervento allarme target dei mezzi di soccorso per interventi urgenti (codici rossi e gialli)	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. Target aziendale ≤ 18 minuti Flusso informativo sanitario EMUR (NSIS)	DATI 2023 medi: Regione <b>16,42 minuti</b> Nord Sardegna 13,62 minuti Sud Sardegna 18,55 minuti  DATI 2023 75° percentile: Regione <b>19 minuti</b> Nord Sardegna 16 minuti Sud Sardegna 21 minuti	Monitoraggio ed individuazione fattori per miglioramento esiti % rispetto al "Time to Target" 2023, con specifiche direttive organizzative e di servizio.	<b>20</b>

<b>ET3</b>	<b>FIRST HOUR QUINTET</b> - patologie tempo dipendenti nell'area territoriale di competenza	ET3	migliorare l'efficacia del sistema di emergenza territoriale attraverso una migliore gestione degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)	<p>Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno .</p> <p>Interventi per Patologie FHT con ALS / Totale Interventi Patologie FHT (Le patologie FHQ (l'Arresto Cardiaco, la Sindrome Coronarica Acuta, l'Insufficienza Respiratoria Acuta, lo Stroke (ictus) e il Trauma) sono eventi a dipendenza temporale che necessitano di una rapida valutazione e di un rapido trattamento, richiedendo l'utilizzo di mezzi di soccorso avanzato (advanced life support - ALS).</p> <p>L'indicatore permette di misurare la quota di risposta efficace del sistema di emergenza.)</p>	<p>Tasso gestione patologie FHQ con mezzi avanzati (dato medio complessivo):</p> <p>24,97%</p>	Monitoraggio ed individuazione fattori per miglioramento esiti % rispetto al "FHQ" 2023, con specifiche direttive organizzative e di servizio.	<b>15</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

**Unità Organizzativa**

**SSD - ELISOCORSO**

Dipartimento	Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero (DGRS)
Direttore	Incarico SSD da attribuire
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	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  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: Elisuperficie Ospedaliera Cagliari-Brotzu H 24; Elisuperficie Ospedaliera Sassari- Rizzeddu volo diurno; Elisuperficie Ospedaliera Nuoro volo diurno; Sito Operativo La Maddalena H 24; Elisuperficie Ospedaliera Olbia H 24; Alghero Aeroporto H 24; Sito Operativo Sorgono volo diurno; Elisuperficie Ospedaliera Lanusei H 24; Sito Operativo Tempio H 24.	Valutazione e attività necessaria per attivazione Siti Operativi al servizio degli Ospedali Spoke (in collaborazione con le altre Aziende Sanitarie): Oristano Aeroporto H 24, Sito Operativo Isili H 24, Sito Operativo Abbasanta-Ghilarza H 24, Sito Operativo Carbonia H 24 in raccordo con il Provveditorato e tecnico patrimoniale.  Verifica stato di avanzamento siti operativi P.O. Sorgono, P.O. Bosa e Carloforte con obiettivo di operatività H24	<b>20</b>
EL2	Miglioramento della qualità dei processi legati alle attività di Elisoccorso	EL2	Predisposizione protocolli per l'utilizzo (atterraggio e decollo) elisuperfici H12 e di quelle H24	Elaborare Istruzioni Operative, per atterraggio su Elisuperfici e Siti Operativi al servizio di Ospedali Spoke. Fatti salvi i tempi di ufficializzazione di competenza di aziende ed enti terzi.  Definire procedure per H12 e H24	Istruzioni Operative complete per 2023	Completamento Istruzioni Operative elaborate su 100% nuove elisuperfici e punti di atterraggio attivati nel 2024	<b>10</b>
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 2023	Report 2024 su eventi registrati	<b>15</b>
		EL3b	Monitoraggio pz trasportati presso e da ospedali di altre Regioni	Monitoraggio trasporti extra Regione, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4b del PO 2023	Report 2024 su eventi registrati	<b>15</b>
		EL3c	Monitoraggio attività legate alla gestione dei trapianti intraregionali	Monitoraggio trasporto organi, trapianti ed espanti, in collaborazione con Servizio Informativo	Risultato finale obiettivo EL4c del PO 2023	Report 2024 su eventi registrati	<b>15</b>
RCL	Gestione rischio clinico	RCL1	Gestione eventi avversi	Segnalazione eventi rischio clinico	-	Almeno 20 segnalazioni al Rischio Clinico su eventi avversi	<b>10</b>
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>
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	<b>10</b>
<b>Totale Pesi OS</b>							<b>100</b>

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

**Unità Organizzativa**

Dipartimento	Dipartimento della Governance strategica e gestione del Terzo Settore (DGSTS)
Direttore	Dr. Francesco Bomboi
Anno	<b>2024</b>

**SC - AFFARI GENERALI E LEGALI**
**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
<b>AGL1</b>	Gestione convenzionamento ETS per l'erogazione del servizio di emergenza 118	AGL1a	Redazione e adozione della Delibera di approvazione Capitolato di selezione ODV / gara Cooperative per il servizio di emergenza e urgenza 118	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO LEA1</b> Supporto alla SSD – Accredimento rete Em. Urg. che redige capitolato per aspetti tecnici, con definizione aspetti giuridici e gestionali correlati alla natura delle convenzioni da stipulare ODV/Cooperative (Riferimento Corte di giustizia dell'Unione Europea Ottava Sezione Sentenza 7 luglio 2022).	Tavolo tecnico con ETS	Adozione Delibera approvazione Capitolato entro 30/11/2024	<b>30</b>
		AGL1b	Attività di liquidazione contributi regionali straordinari (ad esempio per acquisto ambulanze)	N.B. Qualora non vi siano contributi assegnati dalla RAS, il peso dell'obiettivo verrà ripartito sugli altri cod AGL1	-	istruttoria e definizione manifestazione interesse per la erogazione dei contributi acquisto ambulanze entro il 30 agosto;	<b>5</b>
<b>AGL2</b>	Gestione processi Affari Generali	AGL2a	Protocollo riservato Whistleblowing - Attivazione piattaforma segnalazioni whistleblowing con protocollazione separata e riservata	Attivazione di uno specifico protocollo riservato	-	Attivazione di uno specifico protocollo riservato entro 30/04/2024	<b>10</b>
		AGL2b	Definizione Tempario	Predisposizione di una proposta di tempario (tempi di conservazione delle diverse tipologie di documenti amm.vi e sanitari) a livello generale aziendale	-	Proposta di tempario aziendale entro 30/06/2024	<b>10</b>
		AGL2c	Formalizzazione rapporti giuridici con altri soggetti o amministrazioni	Stipula convenzioni e formalizzazione rapporti giuridici correlati alla realizzazione di elisuperfici e punti di atterraggio per il servizio di elisoccorso. Input forniti da SSD Elisoccorso e SC Provveditorato e Tecnico Patrimoniale	-	Supporto giuridico e convenzionale al Piano di realizzazione delle elisuperfici e punti di atterraggio per l'elisoccorso. Gestione 100% processi su input di SSD Elisoccorso e SC Provveditorato e Tecnico Patrimoniale	<b>5</b>
<b>AGL3</b>	Attuazione regolamento su accesso e rilascio copia documentazione sanitaria contenente "dati particolari", in collaborazione con Centrali Op.ve 118	AGL3	Registro digitale accesso atti	In raccordo con Centrali Operative 118	-	Alimentazione registro digitale accesso atti 2024 e supervisione su adempimenti conseguenti nei vari servizi	<b>5</b>
<b>AGL4</b>	Supporto controllo legittimità atti	AGL4	Supporto al controllo di legittimità degli atti con espressione formale di apposito parere	Identificazione, valutazione e gestione dei rischi di natura legale a cui l'azienda può andare incontro applicando o violando norme giuridiche, come da funzionigramma aziendale	-	Avvio controllo legittimità atti entro 28/02/2024	<b>15</b>
<b>PAG</b>	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture e note di debito entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio con evidenziazione nella work-list del servizio	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, scadenza DURC ecc.). (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg. Tempo tecnico da comparsa documento nella work-list del servizio fino alla firma digitale per la validazione della liquidazione.	<b>10</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, l'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne da informazione all'OIV	-	100% entro i termini	<b>5</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>



Unità Organizzativa

**SC - BILANCIO E GESTIONE FINANZIARIA**

Dipartimento

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

Direttore

Dr. Paolo Sau

Anno

**2024**

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
<b>PAG</b>	Tempi di pagamento debiti commerciali nel rispetto delle prescrizioni ex art. 1, comma 865, L. 145/2018 per gli Enti del SSR (*)	PAGa	Rendicontazione stato pagamenti debiti commerciali entro 60 gg come da normativa	Monitoraggio sui tempi di pagamento. Pubblicazioni trimestrali.	4 pubblicazioni trimestrali processi nel sito amministrazione trasparente	4 pubblicazioni trimestrali sui tempi di pagamento nel sito amministrazione trasparente	<b>15</b>
		PAGb	Avvio Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	-	Avvio Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	Gestione Work Flow e invio ai servizi liquidatori entro 15 gg dal ricevimento della fattura	<b>15</b>
		PAGc	Pagamento fatture entro 15 gg dall'avvenuta liquidazione	-	Emissione ordinativo di pagamento procedure standard entro 15 gg da liquidazione	Emissione ordinativo di pagamento procedure standard entro 15 gg da liquidazione	<b>15</b>
		PAGd	Analisi qualitativa delle dinamiche e tempistiche di registrazione, liquidazione e pagamento	Individuazioni giorni di ritardo e di esecuzione delle operazioni di registrazione, liquidazione e pagamento	-	Definizione report trimestrale per la Direzione Generale e per i servizi interessati con indicatori di efficacia e tempestività. Proposta eventuali azioni correttive a DG e Direttori servizi.	<b>15</b>
		PAGe	Feedback verso i servizi liquidatori	Segnalazione ai rispettivi servizi di liquidazione dei debiti commerciali in scadenza o scaduti, in attesa di liquidazione	-	report mensile sintetico su andamento pagamenti per i vari servizi, su debiti commerciali in scadenza o scaduti	<b>15</b>
<b>BIL</b>	Procedura PAC	BIL	Adozione procedura PAC gestione contributi in c/capitale	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adozione procedura PAC gestione contributi in c/capitale entro 28/02/2024</li> <li>Invio indicazioni tecniche ai servizi interessati entro il 28.02.2024</li> </ul>	<b>15</b>
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>
<b>PUBBL</b>	Cura delle pubblicazioni di competenza, formalizzate nell'apposita sezione PIAO, nell'area web "Amministrazione Trasparente"	PUBBL	% doc pubblicati / Tot. doc da pubblicare secondo griglia	Compliance griglia adempimenti trasparenza pubblicata nella sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO Per ogni Servizio, L'ufficio del RPCT fornisce una scheda riportante gli obblighi di pubblicazione di competenza. Risultato parametrato alla % delle pubblicazioni di cui alla scheda fornita dall'ufficio del RPCT L'Ufficio del RPCT monitora su base semestrale lo stato delle pubblicazioni e ne dà informazione all'OIV	-	100% entro i termini	<b>5</b>

**Totale Pesì 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 - PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO STRATEGICO – GESTIONE ECONOMICA ETS**

Dipartimento	Dipartimento della Governance strategica e gestione del Terzo Settore (DGSTS)
Direttore	Dr. Massimiliano Oppo
Anno	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
CG1	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione regionale	CG1a	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	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO AMC1</b> Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015	Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 13 novembre 2020	Entro 15/11/2023	10
		CG1b	Revisione Programmazione 2024-26 a seguito di modifica del finanziamento regionale	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO AMC1</b> Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	Deliberazione del Direttore Generale n. 130 del 18 Aprile 2023	Proposta Deliberazione entro nuovo termine stabilito dalla RAS	10
		CG1c	Report strategici semestrali per la direzione	-	-	Invio con nota ufficiale 2 report semestrali strategici alla Direzione entro 30/06/2024 ed entro 31/12/2024	5
CG2	Contabilità analitica - Aggiornamento Piano Centri di Costo aziendali	CG2	Aggiornamento piano CDC per adeguamento a logica contabile regionale e al nuovo assetto organizzativo AREUS come da Atto Aziendale	Parametrizzazione centri	Poiano CDC aggiornato annualmente	Aggiornamento Piano CDC entro i termini specificati dalla RAS	5
PERF	Ciclo Gestione della Performance	PERF1	Revisione SMVP anche alla luce delle nuove circolari e direttive ministeriali	Occorre considerare in particolare il nuovo assetto di Atto Aziendale per stabilire chi valuta chi	-	Manutenzione ordinaria sistema. Considerazione nuove circolari nazionali ANAC e Funzione Pubblica	5
		PERF2	Definizione proposta obiettivi strutture anno successivo entro anno precedente	-	-	Proposta obiettivi 2025 entro 31/12/2024	5
ETS	Gestione economica ETS	ETS	Delibera approvazione proposta di Piano per la remunerazione economica a rimborso degli ETS per il servizio 118	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." – <b>OBIETTIVO LEA2</b>	Tavolo economico con studio previsionale su impatto economico finanziario adozione sistema a rimborso	Adozione Delibera approvazione proposta di Piano per la remunerazione economica a rimborso degli ETS per il servizio 118 entro 31/12/2024	20
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Liquidazione fatture e note di debito entro 30 gg dall'avvio del work Flow ad opera del Bilancio con evidenziazione nella work-list del servizio	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, scadenza DURC ecc.). (*)	-	Completamento 100% procedure liquidazione entro 30 gg. Tempo tecnico da comparsa documento nella work-list del servizio fino alla firma digitale per la validazione della liquidazione. Presa d'atto aggiornamenti ISTAT forniti da SC AAGLL.	30
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	5

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

**Totale Pesi OS 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

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

F.to il Dirigente

F.to il Direttore Generale

**Unità Organizzativa 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	2024

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso	
IC1	Gestione diretta della parte della Rete Emergenza-Urgenza afferente all'ambito "Territoriale" (passaggio da livello Regionale ad Aziendale). Applicazione 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-D e P-BLS-D	IC1a	Adozione provvedimenti dirigenziali per procedure rilascio/rinnovo accreditamenti enti formativi DAE.	DGR 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 dei provvedimenti entro 30 gg da data di ricezione delle richieste o da data scadenza accreditamenti vigenti	5	
IC2	Gestione Registro Regionale Defibrillatori Automatici Esterni (DAE)	IC2	Gestione e alimentazione Registro Regionale Defibrillatori Automatici Esterni (DAE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggiornamento dell'elenco di tutti i defibrillatori presente nel territorio regionale;</li> <li>Registro degli operatori autorizzati all'utilizzo del DAE;</li> <li>Registro degli enti accreditati all'erogazione dei corsi DAE.</li> <li>Registro attualmente pubblicato sul Portale "Sardegna Salute".</li> <li>Registro degli istruttori.</li> </ul>	Delib.G.R. n. 4/62 del 16.2.2023 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2023."	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggiornamento continuo del Portale entro il 31/12/2024 ed entro 5 gg da ricevimento richieste</li> <li>Aggiornamento contenuti e gestione da parte dell'Ingegneria Clinica entro 10 gg da ricevimento dei nominativi</li> <li>Aggiornamento contenuti e gestione elenchi e nuovi accreditamenti da parte di AREUS entro 5 gg</li> <li>Aggiornamento contenuti e gestione da parte di AREUS entro 10 gg dal ricevimento dei nominativi</li> </ul>	10	
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	5	
		IC3b	Verifica stato manutentivo di MSA e apparecchiature elettromedicali. Mappatura fabbisogni di tecnologie, interventi formativi e attrezzature MSA	n. interventi effettuati / n. interventi pianificati su MSA ed elicotteri Rilevamento fabbisogno da referenti SET 118 ed elibasi	100%	Controllo di almeno l'80% dei mezzi entro il 31/12/2024	5	
		IC3c	Verifica dotazioni e stato manutentivo postazioni e mezzi MSB, attrezzature ed elettromedicali	n. ispezioni eseguite/ n. pianificate su MSB	100%	Almeno 140 mezzi verificati entro il 31/12/2024	15	
		IC3f	Verifica fabbisogni formativi volontari/dipendenti ETS	Rilevazione fabbisogni a seguito di verifiche sul campo e documentali sui volontari in turno al momento dell'ispezione (1)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Invio input dei fabbisogni complessivi al servizio formazione entro 15/06/2024,</li> <li>input delle carenze formative al Servizio AAGGLL entro 5 giorni dall'effettuazione della relativa ispezione</li> </ul>	5	
IC4	Gestione giuridica ETS - Definizione Capitolato tecnico selezione ODV / gara Cooperative per il servizio di emergenza e urgenza del 118	IC4	Redazione del capitolato tecnico selezione ODV / gara Cooperative per il servizio di emergenza e urgenza 118	Delib.G.R. n. 2/7 del 18/1/2024 "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024." - <b>OBBIETTIVO LEA1</b> Corte di giustizia dell'Unione Europea Ottava Sezione Sentenza 7 luglio 2022	Tavolo tecnico con ETS	Redazione del capitolato tecnico entro 31/10/2024, in vista dell'adozione della Delibera di approvazione documento entro 30/11/2024	35	
ETS	Gestione tavolo tecnico convenzioni ETS	ETSa	Definizione protocollo tecnico di convenzionamento e accreditamento MSB	Definizione requisiti idoneità mezzi e attrezzature per convenzionamento e per monitoraggio ETS. Collaborazione con SC AAGGLL	-	Condivisione con ETS protocollo tecnico di accesso alle convenzioni ETS/AREUS entro 30/06/2024	5	
		ETSb	Gestione inadempimenti MSB	Definizione ambiti e corrispondenti penalità in caso di inadempimento in corso di convenzione	-	Condivisione con ETS regolamento delle penali in corso di Convenzione entro il 30/06/2024	5	
PAG	Rispetto tempistiche di liquidazione e pagamento	PAG	Rilascio pareri tecnici ai Servizi liquidatori entro 5 gg dalla richiesta dello stesso	Rispetto tempistiche previste nella circolare aziendale di liquidazione e pagamento debiti commerciali (2)	-	Riscontro tecnico entro 5 gg dalla richiesta	5	
PCT	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areasardegna.it">www.areasardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione	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



**Unità Organizzativa SC – SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO**

Dipartimento	Unità in staff al DS
Direttore	Incarico SC da attribuire
Anno	<b>2024</b>

**Risorse Finanziarie Assegnate:**

Budget autorizzativo 2024

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

Cod	Descrizione Obiettivo	Cod. Indic.	Descrizione Indicatore	Note Indicatore	Baseline storica	Target	Peso
SIT	<b>Management aziendale trasversale degli infermieri e degli autisti dell'emergenza e urgenza pre-ospedaliera</b>	SIT1	Organizzazione e gestione della rete aziendale dei coordinatori del comparto sanitario e tecnico (autisti ambulanza-operatori NUE)	Gestione coordinatori	0	Definizione di <b>6 (minimo 4) procedure/istruzioni</b> operative sul coordinamento del personale sanitario e degli autisti. 31/12/2024	<b>20</b>
		SIT2	Supporto all'organizzazione, coordinamento e monitoraggio del personale infermieristico e tecnico-sanitario (autisti-operatori NUE) collocato nelle UU.OO. del Dipartimento delle centrali operative e della governance clinica e nel Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero	Partecipazione alla definizione di indirizzi omogenei e coerenti con le disposizioni normative e contrattuali concernenti l'applicazione del CCNL, in collaborazione con la SC – Risorse umane e relazioni sindacali  Definizione dei criteri per selezione, assegnazione, rotazione e procedure di mobilità interna/esterna delle risorse umane infermieristiche e degli autisti tra le UO del Dipartimento delle centrali operative e della governance clinica e nel Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero  Supporto all'individuazione e introduzione di nuovi modelli organizzativi e adozione di procedure innovative nell'ambito clinico, anche in collaborazione con la SC – Organizzazione sanitaria, qualità e rischio clinico e con la SS – Qualità e rischio clinico	-	Definizione di <b>3 report quadrimestrali</b> sullo stato di distribuzione delle risorse umane, con evidenziazione di criticità e possibili soluzioni.  3 Report entro: 30/04/2024; 31/08/2024; 31/12/2024	<b>20</b>
		SIT3	Supporto allo sviluppo professionale e delle competenze del personale assistenziale (Skill mix)	Collaborazione nella definizione dei fabbisogni formativi in relazione ai gap di competenza tecnico-professionale e delle strategie per il miglioramento scientifico e professionale di tutto il personale infermieristico e degli autisti in collaborazione con la SSD preposta alla Formazione	-	<b>Piano fabbisogni formativi</b> da consegnare a SSD Formazione entro 31/08/2024.  Proposta Implementazione delle <b>Job description</b> elaborate entro il 30/9/2024	<b>20</b>
		SIT4	Definizione indicatori di misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività svolte dalle risorse assegnate	Fornire alla SC – Programmazione e controllo strategico – gestione economica ETS entro 31/01/2024 item per la valutazione delle performance e per la verifica dell'attività effettuata, anche mediante l'analisi dei dati di attività e la definizione di criteri e standard per la verifica della qualità delle prestazioni	-	Consegnare a SC – Programmazione e controllo strategico – gestione economica ETS entro 29/02/2024 gli <b>item sulle competenze professionali</b> attese dall'apparato dei coordinatori.	<b>15</b>
		SIT5	Individuazione e monitoraggio dei fabbisogni di risorse assistenziali e tecniche delle articolazioni organizzative delle UU.OO. del Dipartimento delle centrali operative e della governance clinica e del	Supporto alle strutture aziendali per la amministrazione delle dinamiche delle risorse umane infermieristiche e degli autisti e operatori NUE, in raccordo con la SC – Risorse umane e relazioni sindacali	Verifica fabbisogni aggregati a supporto dei	<b>Piano fabbisogni RU</b> da consegnare a SC – Risorse umane e relazioni sindacali ed a SC – Programmazione e controllo strategico – gestione economica ETS entro 15/09/2024	<b>20</b>

			Dipartimento della governance della rete del soccorso pre-ospedaliero		direttori delle Strutture		
<b>PCT</b>	Prevenzione fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza	PCT	Aggiornamento continuo del sito internet aziendale <a href="http://www.areus.sardegna.it">www.areus.sardegna.it</a> e della sezione "Amministrazione Trasparente" nell'ambito di competenza	N. Segnalazioni di irregolarità o inadempimenti in materia di trasparenza, comunicazione e mancato rispetto dei termini di legge per la pubblicazione	0	0 punti in caso di segnalazione	<b>5</b>

**Totale Pesi ODG 100**

**Eventuali osservazioni o risorse necessarie:**

F.to il Dirigente  
 F.to il Direttore Generale