ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

ALLEGATO 1_ RISULTATI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ANNO 2022 (SCHEDE DETTAGLIO)

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
ASSISTENZA TERRITORIALE	SC DISTRETTO MACOMER	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	16	100%	100%
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Nessun incontro	Almeno 2 incontri dicembre 2022 di cui il 1° entro il 31 ottobre il 2° entro 20 dicembre	11	100%	
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	TEMP	Piano rimodulazione Tempario secondo le indicazioni SUMAI per le 1 visite specialistiche e visite di controllo	Nessun documento per l'anno 2022	Entro il 15 ottobre 2022	11	100%	
		Potenziamento attività Territoriale	CI	Predisposizione istruzione operativa per le cure intermedie a bassa intensità	Nessun documento per l'anno 2022	Documento entro il 15 dicembre 2022	11	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	>= 80% del Target	Monitoraggio su n. pz = 159	STER	-	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	11	100%	
		Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)		Numero 0 giornate di ritardo	6	100%	
		Potenziamento attività ambulatoriale territoriale	AMB_USCA	Attivazione ambulatori territoriali in supporto ai MMG con la collaborazione dei Medici USCA	Nessuna Relazione	Relazione in merito all'attivazione degli ambulatori	11	100%	
		Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	Nessuna non conformità	Rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	5	100%	
ASSISTENZA TERRITORIALE	SC DISTRETTO NUORO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	16	100%	100%
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Nessun incontro	Almeno 2 incontri dicembre 2022 di cui il 1° entro il 31 ottobre il 2° entro 20 dicembre	12	100%	
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	TEMP	Piano rimodulazione Tempario secondo le indicazioni SUMAI per le 1 visite specialistiche e visite di controllo	Nessun documento per l'anno 2022	Entro il 15 ottobre 2022	12	100%	
		Potenziamento attività Territoriale	CI	Predisposizione istruzione operativa per le cure intermedie a bassa intensità	Nessun documento per l'anno 2022	Documento entro il 15 dicembre 2022	12	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		Trasferimento attività distrettuali	TRASF	Trasferimento attività distrettuali ex INAM presso nuovi locali dell'ASL Nuoro	15 Novembre	Entro 15 Dicembre	STER	-	
		Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	>= 80% del Target	Monitoraggio su n. pz = 536	STER	-	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	6	100%	
		Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)		Numero 0 giornate di ritardo	6	100%	
		Potenziamento attività ambulatoriale territoriale	AMB_USCA	Attivazione ambulatori territoriali in supporto ai MMG con la collaborazione dei Medici USCA	Nessuna Relazione	Relazione in merito all'attivazione degli ambulatori	12	100%	
		Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	Nessuna non conformità	Rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	6	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
ASSISTENZA TERRITORIALE	SC DISTRETTO SORGONO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	15	100%	100%
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Nessun incontro	Almeno 2 incontri dicembre 2022 di cui il 1° entro il 31 ottobre il 2° entro 20 dicembre	11	100%	
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	TEMP	Piano rimodulazione Tempario secondo le indicazioni SUMAI per le 1 visite specialistiche e visite di controllo	Nessun documento per l'anno 2022	Entro il 15 ottobre 2022	11	100%	
		Potenziamento attività Territoriale	CI	Predisposizione istruzione operativa per le cure intermedie a bassa intensità	Nessun documento per l'anno 2022	Documento entro il 15 dicembre 2022	11	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TA	Presa in carico pz > 65 anni candidati alla tele assistenza / n. dispositivi device disponibili	>= 16	Monitoraggio su n. pz = 20	STER	-	
		Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	>= 80% del Target	Monitoraggio su n. pz = 116	STER	-	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	11	100%	
		Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)		Numero 0 giornate di ritardo	6	100%	
		Potenziamento attività ambulatoriale territoriale	AMB_USCA	Attivazione ambulatori territoriali in supporto ai MMG con la collaborazione dei Medici USCA	Nessuna Relazione	Relazione in merito all'attivazione degli ambulatori	11	100%	
		Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	Nessuna non conformità	Rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	6	100%	
ASSISTENZA TERRITORIALE	SC DISTRETTO SINISCOLA	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	16	100%	100%
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	MMG	Organizzazione incontri MMG per il corretto utilizzo dei RAO e ricetta dematerializzata	Nessun incontro	Almeno 2 incontri dicembre 2022 di cui il 1° entro il 31 ottobre il 2° entro 20 dicembre	11	100%	
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	TEMP	Piano rimodulazione Tempario secondo le indicazioni SUMAI per le 1 visite specialistiche e visite di controllo	Nessun documento per l'anno 2022	Entro il 15 ottobre 2022	11	100%	
		Potenziamento attività Territoriale	CI	Predisposizione istruzione operativa per le cure intermedie a bassa intensità	Nessun documento per l'anno 2022	Documento entro il 15 dicembre 2022	11	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	9	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Potenziamento assistenza domiciliare pazienti presi in carico attraverso l'attivazione della TeleMedicina / TeleAssistenza	TM	Presa in carico PZ ≥ 65 anni con scompenso cardiaco su totale popolazione >= 65 anni attraverso la TeleMedicina	>= 80% del Target	Monitoraggio su n. pz = 189	STER	-	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete - Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	11	100%	
		Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)		Numero 0 giornate di ritardo	5	100%	
		Potenziamento attività ambulatoriale territoriale	AMB_USCA	Attivazione ambulatori territoriali in supporto ai MMG con la collaborazione dei Medici USCA	Nessuna Relazione	Relazione in merito all'attivazione degli ambulatori	11	100%	
		Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste dalla Direzione / Uffici Staff / RAS entro i tempi stabiliti	Nessuna non conformità	Rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	5	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
ASSISTENZA TERRITORIALE	SC RIABILITAZIONE TERRITORIALE	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	38	100%	97%
		Riapertura ambulatorio gestione spasticità	TOX	Riapertura ambulatorio ultimo Trim. 2022	0%	Nessuna attività	STER	-	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica / economale	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	3	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	8	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	8	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	8	100%	
		Implementazine sistema informativo aziendale relativo all'assistenza riabilitativa	SISAR_ADI	Alimentazione modulo Sisar dedicato (domiciliari)	0%	Inseirimento dati per DS Macomer / Siniscola / Sorgono	STER	-	
		Potenziamento dell'assistenza riabilitativa	ATT_R	incremento attività riabilitativa residenziale (Macomer)	0%	Incremento occupazione PL anno 2021	35	100%	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	SCREENING_LEA	N° di persone che hanno aderito all'invito / popolazione bersaglio annua *100	0%	screeninig cervicale: tasso di adesione reale ≥ 30% - L'obiettivo è raggiunto in proporzione ai 3 indicatori (1 / 3 per ciascuno screening)	5	100%	100%
		Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	SCREENING_LEA	N° di persone che hanno aderito all'invito / popolazione bersaglio annua *100	0%	Screening colonrettale: tasso di adesione reale ≥15% - L'obiettivo è raggiunto in proporzione ai 3 indicatori (1 / 3 per ciascuno screening)	STER	-	
		Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	SCREENING_LEA	N° di persone che hanno aderito all'invito / popolazione bersaglio annua *100	0%	Screening mammografico ≥ 25% - L'obiettivo è raggiunto in proporzione ai 3 indicatori (1 / 3 per ciascuno screening)	STER	-	
		Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione / comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	PMP	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL x 100; Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL	0%	100% (= 8/8 x 100)	15	100%	
		Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	PASSI	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	0%	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza Assicurare la completezza dell'archivio delle schede	15	100%	
		Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero-caseario	IDP203	Numero di controlli ufficiali effettuati nel 2022/Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2022*100	90%	100%	8	100%	
		Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale delle diverse specialità del Dipartimento	IDP201	Numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali effettuati nel 2022 / numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2022	90%	100%	8	100%	
		Attuare la sorveglianza sanitaria attiva in relazione all' evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2 nel territorio di competenza e al relativo aumento del numero di casi di Covid-19	IDP202	Numero casi di positivi Covid19 accertati/n inchieste epidemiologiche effettuate	0%	100%	8	100%	
		Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	IDP108	Numero di interventi ispettivi in aziende edili, agricoltura e altri comparti /Numero totale di interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	90%	100%	8	100%	
		Garantire la priorità nelle convocazioni in Commissione Invalidi Civili degli utenti oncologici	CINV	Numero pratiche utenti oncologici gestite entro 15 gg / numero totale delle pratiche di utenti gestite *100	10%	90%	8	100%	
		Garantire il rispetto dei tempi nella gestione dell'attività relativa a certificazioni, visite fiscali, e altri adempimenti previsti da norme e regolamenti riferiti all'attività medico legale di competenza	CERT	Numero visite effettuate entro 30gg / numero richieste pervenute	10%	100%	8	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	8	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	8	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SANITA' ANIMALE	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolsi	TBC	Numero aziende Bovine controllate/Numero aziende Bovine controllabili da Piano Prevenzione*100	90% delle aziende controllabili(926 aziende)	Il 100% delle aziende messe a programma (1029 aziende)	25	100%	93,75%
		Ottenere i risulati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	ROADMAP	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR.: 7 carcasse al mese per la ASL di Nuoro - Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registare a sistema al 31 Marzo	70% dei valori attesi per singolo mese considerato	Si considera raggiunto se nel corso dell'anno sono raggiunti gli obiettivi al 100% del complesso dei valori attesi ; - Raggiungere il 94 % dei censimenti dovuti coin regolare registrazione in BDN	25	75%	
		Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione della peste suina	IDP023	Numero aziende suine controllate / Numero aziende suine controllabili da Piano Prevenzione*100	70%	80%	13	100%	
		Anagrafe Animale - Controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale ed umana: % di aziende controllate per anagrafe zootecnica	IDP325	Numero check list compilate e registrate in BDN in relazioni ai controlli per gli allevamenti ovini-caprini /numero check list programmate a livello regionale	90%	100%	13	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	13	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	13	100%	
DSMD	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici con partecipazione NPI per la fascia non adulta	PIANO_SM	• Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. • Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	0%	2/2 entro il 15 dicembre	30	100%	100%
		Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone con doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico riabilitativo adeguato e che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI-PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	IDU073	Verifiche casi con doppia diagnosi e definizione percorso	Nessun report	Definizione / aggiornamento percorso entro il 31.10.2022 e Report di monitoraggio casi doppia diagnosi	15	100%	
		Garantire l'attività di specialistica ambulatoriale in fase post epidemica COVID 19 (Salute Mentale e Ser.D)	IDP209	Volume di attività socio- sanitaria integrata e clinico-assistenziale nel 2022 / 2021 *100 per operatore	80%	90%	15	100%	
		Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	IDP061	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO	Mantenimento del valore storico	Inferiore a 13%	10	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	5	100%	
		Miglioramento dell'appropriatezza negli ingressi in Comunità Terapeutiche	CT	Monitoraggio semestrale di ingresso in Comunità Terapeutiche in base alle diverse tipologie di inserimento	Nessun report	N. 2 report: entro il15 settembre entro il 31.12.2022	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA	SC DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto (*) soccorso/ numero di giornate anno	Nessuna comunicazione, per specifico caso, alla Direzione Generale ASL	100% gg apertura (Per cause eccezionali non risolvibili con altre modalità organizzative tutte le chiusure dovranno essere comunicate preventivamente alla Direzione Generale ASL)	11	100%	100%
		Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	SIRMES	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	< 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria ; < 2 audit per Azienda Sanitaria (II SEMESTRE 2022)	>= 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria >= 2 audit per Azienda Sanitaria (II SEMESTRE 2022)	11	100%	
		Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	ORGANI	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	< 30%	NUORO ≥ 30%	11	100%	
		Supporto completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	11	100%	
		Riorganizzazione attività Blocco Operatorio San Camillo	DS	Definizione di un Progetto di riorganizzazione dell'attività Day Service / Surgery	Entro il 30 settembre	entro il 1° settembre	11	100%	
		Attività di supporto agli attori coinvolti nella definizione degli atti per: K Colon Retto - K Mammella - Diabete - BPCO - Scompenso Cardiaco - Percosro Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	11	100%	
		Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood management (PBM).	PBM	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	11	100%	
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182bis	Aggiornamento Liste operatorie rispetto all'elenco estratto a marzo 2022	Nessuna attività	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	6	100%	
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	6	100%	
		Rispetto dei termini di consegna delle cartelle cliniche	CART	N. Catelle Cliniche consegnate entro i 30 gg dalla richiesta	95%	100%	STER	-	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC OCULISTICA SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività chirurgica in elezione in fase post epidemica COVID - 19	IDP181	Volume di attività chirurgica in elezione nel 2022 / Volume di attività chirurgica in elezione nel 2021 * 100	70%	>=90%	60	100%	100%
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	15	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SAN FRANCESCO	Miglioramento indicatori del PNE	IDP071	Numero parti cesarei primari / Numero parti con nessun pregresso cesareo * 100	Nessuna variazione	Target 25% e/o miglioramento del'indcatore rispetto al'anno precedente	5	100%	100%
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	10	100%	
		Implementare il PRE ricovero	PRE RIC	N. pazienti gestiti con procedura PRE ricovero / tot. Pazienti gestibili	60%	80%	15	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Definizione Percorso Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	25	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	15	100%	
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC CHIRUGIA VASCOLARE SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	STER	-	100%
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	6	100%	
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	44	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso / numero di giornate anno	0%	100%	6	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	6	100%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	6	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	14	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC OTORINOLARINGOIATRIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	15	100%	100%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	35	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Potenziamento attività chirurgica day surgery rispetto all' anno 2021	DAYSURG	Attività chirurgica day surgery anno 2022 / Attività chirurgica day surgery 2021	Nessun miglioramento	Miglioramento rispetto anno 2021 (%)	10	100%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	10	100%	
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC UROLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	15	100%	100%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	35	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	15	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività chirurgica in elezione in fase post epidemica COVID - 19	IDP181	Volume di attività chirurgica in elezione nel 2022 / Volume di attività chirurgica in elezione nel 2021 * 100 (IN PROPORZIONE AL PERSONALE PRESENTE)	60%	>=70%	26	100%	100%
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	STER	0%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Miglioramento degli indicatori PNE	IDP063	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	0%	Target 93% e/o miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente	11	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da: K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	10	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	23	100%	
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC NEUROCHIRURGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	15	100%	95%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	35	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso / numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	20	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SSD ODONTOSTOMATOLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	65	100%	95%
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	0%	
		Predisposizione procedura NORA finalizzata a indagini/ procedure diagnostiche terapeutiche in forma piu tollerabile per il pz	NORA	Supporto alla predisposizione procedura NORA per i pz sottoposti a procedure odontostomatologiche	Nessuna predisposizione	Entro il 15 dicembre	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	10	100%	95%
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	10	100%	
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC PRONTO SOCCORSO SAN FRANCESCO	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	7	100%	93%
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	7	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	7	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	6	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	7	100%	
		Miglioramento della attivita' del pronto soccorso	HE2	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice giallo visitati entro 30'	Miglioramento dato 2021	Almeno il 50%	STER	-	
		Miglioramento della attivita' del pronto soccorso	HE3	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice verde visitati entro 60'	Miglioramento dato 2021	Almeno il 50%	STER	-	
		Miglioramento della attivita' del pronto soccorso	HE4	z - PRONTO SOCCORSO: % pz in codice bianco visitati entro 90'	Miglioramento dato 2021	Almeno il 50%	STER	-	
		Miglioramento della attivita' del pronto soccorso	OBI	% di pazienti che a seguito di un contatto in Pronto Soccorso con un passaggio in OBI rientrano in contatto con il Pronto Soccorso in un arco temporale cha va dai 4 ai 30 gg postumi alla dimissione	0%	Riduzione dato storico 2021	7	0%	
		Miglioramento della attivita' del pronto soccorso	RIC	% ricoveri su totale accessi (esclusi eventuali ricoveri in reparti Covid)	0%	Riduzione andamento storico 2022/2021	13	100%	
		Corretta gestione del paziente adulto con iperglicemia in Pronto Soccorso - OBI	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	13	100%	
		Corretta gestione del paziente con SEPSI	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	13	100%	
		Riduzione tempi attesa e miglioramento del gradimento degli utenti	FAST	Riduazione tempi attesa in Pronto Soccorso rispetto al 2021	0%	Miglioramento rispetto anno 2021 (%)	STER	-	
		Riduzione tempi attesa e miglioramento del gradimento degli utenti	SET	Predisposizione procedura SET AND TREAT	0%	Adozione atto entro il 15/12/2022	13	100%	
		Mantenimento Attività di formazione interna (con Accreditamento ECM): Lezioni frontali e simulazione su argomenti rilevanti sull'area dell'emergenza	FORM	N° personale con attestazione corso e / o n. lezioni frontalie simulazioni / totale personale coinvolto	0%	Attestazione di partecipazione per il 70% del personale coinvolto	7	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SSD GASTROENTEROLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	5	0%	90%
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	10	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	10	100%	
		Definizione percorso per pazienti affetti da: PDTA K Colon Retto e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	60	100%	
		B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza(azione 1.4.1.COLON RETTO)	REF	N. sedute dedicate allo Screening	0%	Da definire in base al riavvio dell'attività di Screening	0	0%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	10	100%	
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	35	100%	88,50%
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	5	70%	
		Gestione - aggiornamento registri Liste Operatorie e loro corretta compilazione	LO	Confronto Registro Prenotazioni Liste Operatorie 2022 rispetto al dato di inizio anno 2022	Nessuna riduzione	Riduzione elenco pazienti presenti nel Registro	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Miglioramento degli indicatori PNE	IDP069	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	Dato 2021 = 40,21%	Target 53% e/o miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente	10	0%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	25	100%	

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC PNEUMOLOGIA CESARE ZONCHELLO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	30	100%	100%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	20	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Definizione percorso per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	20	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC MEDICINA GENERALE SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	30	100%	100%
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attivare la riapertura degli ambulatori per Epatologia, Fibroscan e Reumatologia	AMB	Riavvio ambulatori di: Epatologia, Fibroscan, Reumatologia	Nessuna attività	Entro 30 settembre	10	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	0	0%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	< 80% degli eleggibili	90% degli eleggibili	10	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	25	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC PEDIATRIA SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	40	100%	100%
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	10	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	30	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC MALATTIE INFETTIVE SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	45	100%	100%
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Predisposizione PDTA SEPSI	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	20	100%	
		Ampliamento dell'offerta assistenziale	ATT2	N° visite detenuti 2022 / N° visite detenuti 2021	0%	Report attività specifica e incremento attività sul 2021	5	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC DERMATOLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	30	100%	100%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	30	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	15	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE	Garantire il mantenimento dei volumi delle attività di specialistica ambulatoriale	IDP179	Volume di attività Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2022 / Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2021* 100	90%	>=100% rispetto anno 2021	25	100%	100%
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni e alla tipologia dell'assistenza erogata (potenziamento indagini piede diabetico)	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: Diabete e partecipazione Comunità di Pratica - Predisposizione PDTA gestione iperglicemie dell'adulto in Pronto Soccorso - OBI	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	25	100%	
		Potenziamento e strutturazione attività di teleconsulto	TC	100% consulenze interne attraverso il teleconsulto (in continuità col 2021)	0%	90%	15	100%	
		potenziamento e strutturazione attività di temedicina	TM	N. pz celiaci in telemedicina = 20%/ Tot. Pz celiaci presi in carico nel 2022	0%	15%	15	100%	

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC MEDICINA GENERALE SAN CAMILLO SORGONO	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	32	100%	100%
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: BPCO - Scompenso Cardiaco - Diabete e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	11	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	STER	-	
		Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	< 80% degli eleggibili	90% degli eleggibili	11	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	26	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC ONCOLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	5	0%	95%
		Incremento spazi di prenotazione al Cup limitato a determinate specifiche di appropriatezza di accesso, con definizione di specifica Nota, con passaggio al CAS	IDP179bis	Predisposizione Nota con specifico protocollo volto a definire una prenotazione appropriata: Formalizzazione CUP , Direzione e CAS - Stabilire nuovi slot di prenotazione pubblica al CUP	0%	75%	15	100%	
		Garantire l' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	30	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da: K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	30	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC EMATOLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	2	0%	92%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	43	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	6	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	6	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	25	100%	

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC GERIATRIA SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	41	100%	95%
		Garantire il mantenimento dell' attività ambulatoriale MOC	MOC	Garantire apertura giornaliera 5 gg / 7gg	0%	Mantenimento apertura	12	100%	
		Garantire l'avvio dell'attività ambulatoriale UVA	UVA	Apertura ambulatorio UVA ultimo Trim. anno 2022	Nessuna attività	Apertura ambulatorio	STER	-	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	6	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	6	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Andamento n. pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) tra 2021 e 2022	Nessun miglioramento	Miglioramento dato storico	12	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	5	0%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC NEFROLOGIA SAN FRANCESCO	Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	45	100%	95%
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	15	100%	
		Incremento Dialisi Peritoneale	DIPE	N. pz in dialisi peritoneale / Tot pz in dialisi	0%	Incremento del 25% rispetto al 2021	15	100%	
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC NEUROLOGIA E UNITÀ STROKE SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	20	100%	95%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel 2021 * 100	70%	>=90%	35	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	20	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	SC CARDIOLOGIA E UTIC SAN FRANCESCO	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	IDP179	Volume attività specialistica ambulatoriale II SEM. 2022 / volume attivtà specialistica ambulatoriale anno II SEM. 2021	80%	>=90%	10	100%	95%
		Garantire la ripresa dell' attività di ricovero ospedaliero	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel dal 1° giugno 2022 / Volume di attività ricovero ospedaliero dal 1° giugno 2021 * 100	70%	>=90%	20	100%	
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e appropriatezza delle prescrizioni	IDP182	Numero dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio inseriti secondo codici di priorità nel modulo LA/ADT / Numero totale dei ricoveri programmati relativi alle 17 prestazioni oggetto di monitoraggio * 100	60%	>=70%	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	0%	
		Miglioramento degli indicatori PNE	IDP057	Proporzione di infarti miocardici acuti trattati con PTCA entro 2 gg	25%	>60%	10	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	15	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da malattie croniche: Scompenso Cardiaco e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	15	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
ALTRI SERVIZI	SC LABORATORIO ANALISI SAN FRANCESCO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	15	100%	100%
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Miglioramento continuo della qualità al fine di assicurare standard qualitativi adeguati, partecipazione a VEQ (Valutazione esterna di qualità) e CQi per il monitoraggio costante dei processi analitici.	QUAL	Partecipazione a VEQ (Valutazione esterna di qualità) e CQi per il monitoraggio costante dei processi analitici.	0%	Partecipazione di tutti settori produttivi del laboratorio come a programmi CQi e VEQ delle forniture aziendali con produzione di report dettagliati , quotidiani / settimanali, trimestrali per VEQ (Certificazione annuale dell'ente di sorveglianza per la VEQ), raccolti in report a cadenza mensile	20	100%	
		B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza(azione 1.4.1.COLON RETTO)	IDP25/4	N. di sedute analitiche per esecuzione sangue occulto nelle feci/n. consegne di campioni da parte dei vettori del centro screening	0%	100% degli esami richiesti	30	100%	
		B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza(azione 1.4.1.COLON RETTO)	REF	Miglioramento dei tempi di risposta	0%	100% degli esami richiesti nelle tempistiche accordate (<= 5 GG)	30	100%	
ALTRI SERVIZI	SC MEDICINA TRASFUSIONALE SAN FRANCESCO	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood management (PBM).	PBM	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA	0%	1/1	40	100%	100%
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Miglioramento della qualita' clinico assistenziale	COBUS	Proseguimento attività COBUS	Nessuna seduta	2 sedute nel 2022	20	100%	
		Miglioramento dei tempi medi di refertazione	REF 1	Aferesi terapeutica = procedura entro 6 ore dalla diagnosi	0%	Rendicontazione attività 2022	20	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
ALTRI SERVIZI	SC ANATOMIA PATOLOGICA SAN FRANCESCO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	7	100%	100%
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	7	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	0%	Mantenimento	7	100%	
		B.1 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1 sui tre screening),	IDP25/2	Esami citologici e microistologici refertati nell'anno per lo screening mammografico/totale esami citologici e microistologici richiesto dallo screening mammografico	90%	=100%	24	100%	
		B.1 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1 sui tre screening),	IDP25/3	Controllo di qualita' eseguiti sui pap test di 1° livello/totale controlli di qualita' richiesti; pap tst di 2° livello refertati/totale pap test di 2° livello; biopsie refertate /totale biopsie secondo livello screening cervice	99%	=100%	24	100%	
		B.1 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2018, per la parte di competenza (azione 1.4.1 sui tre screening),	IDP25/4	Biopsie dello screening colon-rettale refertate /Totale biopsie dello screening colon-retto	90%	=100%	STER	-	
		Mantenimento dei tempi medi di refertazione	REF	Mantenimento dei tempi medi di refertazione	<= 20 gg	<= 15 gg	31	100%	
ALTRI SERVIZI	SC RADIOTERAPIA SAN FRANCESCO	Garantire l' attività di specialistica ambulatoriale	IDP179	N. Utenti trattati tra i due anni 2022 / 2021	0%	>=75%	15	100%	100%
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da: K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	30	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Riduzione tempi di attesa	TA	Tempo attesa avvio trattamenti	0%	Mantenimento/riduzione T.A. 2021 (Report e visite e inizio Trattamenti)	35	100%	
ALTRI SERVIZI	SSD TERAPIA ANTALGICA - HOSPICE CESARE ZONCHELLO	Garantire la ripresa delle attività di specialistica ambulatoriale della Terapia Antalgica	IDP179	Volume di attività Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2022 / Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2021* 100	80%	>=90%	45	100%	100%
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Completa alimentazione Flussi informativi	SISAR	Corretta rappresentazione dell'attività domiciliare attraverso i Flussi Informativi	0%	Sistema a regime per l'anno 2022 con certificazione da parte del Servizio	25	100%	
		Aumento della risposta alle richieste di fabbisogno assistenziale	TOPL	N. gg. di degenza / PL *365	<= 60%	>=75%	10	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
ALTRI SERVIZI	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAN FRANCESCO	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	ORGANI	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	< 30%	NUORO ≥ 30%	45	100%	95%
		Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	DEG	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	0%	100%	5	100%	
		Predisposizione procedura NORA finalizzata a indagini/ procedure diagnostiche terapeutiche in forma piu tollerabile per il pz	NORA	Predisposizione procedura NORA	Nessuna procedura	Entro il 15 dicembre	10	100%	
		Predisposizione PDTA SEPSI	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	5	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	5	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Integrazione all'attività di Ortopedia - Miglioramento degli indicatori PNE	IDP069	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	Dato 2021 = 40,21%	Target 53% e/o miglioramento dell'indicatore risPetto all'anno precedente	5	0%	
		Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	IDEPROT	Totale pazienti dimessi con dimissione protetta (residenzialità e ADI) / N° pazienti candidabili	< 80% degli eleggibili	90% degli eleggibili	5	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP097	% di SDO rendicontate nel FILE A / Numero totale SDO del periodo (Nota: solo ricoveri ordinari)	97%	100%	5	100%	
ALTRI SERVIZI	SC SERVIZIO RADIOLOGIA SAN FRANCESCO	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	IDP179	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	0%	75%	5	0%	95%
		Predisposizione procedura NORA finalizzata a indagini/ procedure diagnostiche terapeutiche in forma piu tollerabile per il pz	NORA	Supporto allal predisposizione procedura NORA per i pz sottoposti a procedure radiologiche	Nessuna predisposizione	Entro il 15 dicembre	6	100%	
		Garantire il monitoraggio della spesa farmaceutica	SPE	Andamento spesa consumi dei farmaci / DM rispetto al 2021 in proporzione alla produzione dei 2 anni	Incremento della spesa	Riduzione / Mantenimento	6	100%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	6	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	6	100%	
		Definizione percorsi per pazienti affetti da: K Colon Retto - K Mammella e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	39	100%	
		Applicazione del Piano Operativo di recupero delle liste di attesa Covid-19 (Delib. ASL n. 77 del 29/03/2022) per la parte di propria competenza	LA_COVID	Erogazione attività secondo Piano recupero liste di attesa Covid-19	Nessuna attività	Attività radiolgico <= 50% valori Piano	13	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	6	100%	
		B.2 Assicurare la collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2020 per la parte di competenza(SCREENING MAMMELLA	IDP25/2	Garantire la refertazione della mammografie di 1° livello nei tempi stabiliti dagli indicatori GISMA	Refertazione 1° livello: = >90% entro 25 gg dalla data di esecuzione del test; approfondimenti: => 90% entro 30 gg dalla data di esecuzione del test	Refertazione 1° livello: = >90% entro 15 gg dalla data di esecuzione del test; approfondimenti: => 90% entro 20 gg dalla data di esecuzione del test	13	100%	

ASLNuoro
Azienda Sanitaria Locale

AREA	UU.OO.	OBIETTIVO	COD. INDICATORE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	TOTALE PERFORMANCE
ALTRI SERVIZI	SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	Garantire l'appropriatezza delle cure attraverso processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona e alla qualità della relazione con il paziente cittadino	FP	Alimentazione 100% del fascicolo professionale	80%	Alimentazione del sistema informativo specifico 90% dei dipendenti coinvolti	21	100%	95%
		Attività di supporto agli attori coinvolti nella definizione degli atti per: K Colon Retto - K Mammella - Diabete - BPCO - Scompenso Cardiaco - Percosro Nascite e partecipazione Comunità di Pratica	PDTA	Definire gli Atti specifici con gli attori coinvolti nel percorso	Nessun atto adottato	Adozione atto entro il 15/12/2022	32	100%	
		Garantire l'appropriatezza delle cure attraverso Corsi/seminari ad hoc professionalizzanti	FORM	Formazione per almeno 80 CPI e 50 OSS	80%	100%	21	100%	
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	STER	-	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	0%	
		Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio =>4	Indice di gradimento medio =>7	5	100%	
		Supporto ai processi Aziendali	DOC	Predisposizione Atti di interesse Aziendale / Documenti secondo le modalità / tempistiche richieste entro i tempi stabiliti	Nessuna non conformità	Rispetto contenuto sostanziale e tempistica richiesta	16	100%	
AREA AMMINISTRATIVA	SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	PROG	Attività di supporto per l'approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Mancato rispetto dei termini	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022	10	100%	100%
		Predisposizione atti programmatori nel rispetto delle direttive nazionali	PIAO	Predisposizione del PIAO	Mancato rispetto dei termini	Atto formale di adozione entro il 30.06.2022	10	100%	
		Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP098	% di validità dei record di tutti i flussi inidcati nel disciplinare SIDI (Sistema integrato per il debito informativo) e rispetto delle scadenze	Mancato rispetto dei termini	Trasmissione puntuale e completa dei dati dei flussi SIDI	5	100%	
		Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	
		Riacquisizione delle competenze tecnico-ammnistrativo per i processi ex ATS (Relazione Gestione / LA / CE /Sistema autorizzativo / Piano dei Centri)	ATS	Gestione procedure tecnico-amministrative / Rispetto delle scadenze	0%	Nessuna non conformità	20	100%	
		PERFORMANCE - supporto alla Direzione d'Area nel processo della Performance organizzativa/ individuale interna	OIV	Supporto al processo di costituzione OIV 2022	0%	Atto di nomina OIV	10	100%	
		PERFORMANCE - supporto alla Direzione d'Area nel processo della Performance organizzativa/ individuale interna	OBB	Supporto redazione schede obiettivi 2022 e al processo di Performance secondo regolamento e direttive vigenti	0%	Predisposizione schede obiettivo per le SC / SSD dell'Area	15	100%	
		PERFORMANCE - supporto alla Direzione d'Area nel processo della Performance organizzativa/ individuale interna	VAL	Chiusura performance oganizzativa e individuale 2021 attraverso l'applicativo GURU	0%	Chiusura processo secondo scadenze ATS	15	100%	
		Monitoraggio periodico attività/risorse delle singole UU.OO.	REP	n° report effettuati / report da elaborare	2 reports annuali	100% (4 reports per anno di competenza)	10	100%	
AREA AMMINISTRATIVA	SC SERVIZIO GIURIDICO AMMINISTRATIVO	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Nessuna relazione	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	5	100%	100%
		Garantire la gestione del Ciclo della Performance Individuale	PERF	Rispetto calendario tempi Valutazioni Individuali secondo le tempistiche comunicate	Nessuna non conformità	Valutazione entro i tempi = 100%	5	100%	
		Gestione procedure relative agli acquisti sotto soglia 40.000	ACQ1	N. richieste evase per le Trattative Private entro gg. 15 / N. totali richieste	=>90%	=100%	5	100%	
		Gestione procedure relative agli acquisti sotto soglia 40.000	ACQ3	N. richieste evase in Esclusiva entro gg. 10 / N. totali richieste	=>90%	=100%	5	100%	
		Predisposizione, protocolli di intesa, convenzioni, accordi in genere di propria competenza	CONV	N. atti predisposti	80%	N. Richieste Direttore Generale/ATS su n. atti predisposti = 100%	30	100%	
		Garantire il rispetto dei tempi di pagamento (DGR N. 14/30 del 29.04.2022)	PAG_DC	Numero medio di giornate di ritardo (< =30 gg tempo di liquidazione)		Numero 0 giornate di ritardo	35	100%	
		Gestione sistema documentale Aziendale (Protocollo)	PROTOC	N°non conformità gestite	0%	=100%	10	100%	
		Gestione procedura pubblicazione atti e provvedimenti	PUBBL	N°non conformità gestite	0%	=100%	5	100%	