



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA

Deliberazione n. 1312

Adottata dal Direttore Generale in data 13 AGO. 2014

Oggetto: Rinnovo e assegnazione obiettivi aziendali per l'anno 2014 – formale assegnazione

Premesso che in questa ASL è da tempo in corso una profonda revisione dell'assetto organizzativo complessivo, come rappresentato nel nuovo Atto Aziendale adottato in via definitiva, a seguito del parere favorevole della Conferenza Provinciale Sanitaria e Socio-Sanitaria, con deliberazione del Direttore Generale n. 19 del 10/01/2013;

Ricordato che sul nuovo Atto Aziendale la Giunta Regionale si è in un primo momento espressa con d.G.R. n. 4/11 del 5/02/2014, avente ad oggetto "indirizzi in merito all'applicazione dell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Carbonia, subordinandone l'applicazione all'assolvimento delle prescrizioni nella stessa riportate;

Posto che in attesa della definizione del quadro organizzativo complessivo appariva quanto mai ragionevole rinviare la negoziazione degli obiettivi, in maniera da renderli coerenti con la nuova articolazione;

Rilevato che con una nota prot. n. 498 del 24/03/2014, il nuovo Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, comunicava l'avvio di <una procedura di valutazione della congruenza degli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie agli indirizzi di programmazione dettati dalla Legge Regionale n.21 del 7/11/2012 e dell'art. 15 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con Legge 7 agosto 2012, n. 135, con particolare riferimento alla definizione ed al rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera>.

Considerata da ultimo la d.G.R. n. 28/17 del 17/07/2014, avente per oggetto "indirizzi in merito all'applicazione degli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, in materia di personale e di acquisti di beni e servizi", con la quale, esplicitamente, la nuova Giunta Regionale ha manifestato la volontà di sospendere il percorso di applicazione dei nuovi Atti Aziendali;

Dato atto che ritenendo di non poter ulteriormente procrastinare la formalizzazione degli obiettivi per il 2014, dovendo comunque addivenire alla loro formale assegnazione anche con l'assetto organizzativo attualmente vigente, l'Azienda ha avviato la fase di negoziazione per il 2014, così come rappresentato nel documento di budget, prot. n. 3696 del 16 luglio 2014, inviato a tutti i direttori di dipartimento, ai direttori di struttura complessa e ai responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale;



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA**

Considerato che attualmente si è sostanzialmente conclusa la fase di negoziazione che, quest'anno per la prima volta, è stata condotta su base dipartimentale con il coinvolgimento attivo dei direttori di dipartimento;

Rilevato che il protrarsi dell'avvio della negoziazione per i motivi più sopra esplicitati e la sperimentazione della nuova forma dipartimentale di negoziazione, hanno comportato il prolungamento delle fasi di discussione delle schede al periodo estivo avanzato, tipicamente caratterizzato dai congedi ordinari di riposo;

Dato atto che per i motivi su esposti e per altri motivi contingenti di carattere personale, non è stato possibile addivenire alla formalizzazione di alcune schede degli obiettivi;

Ritenuto che si possa e si debba comunque procedere con la formale assegnazione delle schede già definite e che sarà cura di questa amministrazione provvedere alla successiva formalizzazione di quelle mancanti con un atto integrativo del presente;

Visto il Decreto Legislativo n° 502/1992 e le successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la Legge Regionale n. 10 del 21/07/2006 "tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Regione Sardegna. Abrogazione della Legge Regionale 26 gennaio 1995, n. 5";

Visto il Decreto legislativo 150 del 27 ottobre 2009;

Vista la Legge Regionale n° 3/2009 contenenti "disposizioni in materia di sistema sanitario regionale";

Vista la Legge Regionale n° 21 del 16/11/2012 recante "disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità";

IL DIRETTORE GENERALE

Per i motivi esposti in premessa

Preso atto dell'istruttoria svolta dal Servizio Programmazione e Controllo;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

1. di procedere alla formale assegnazione ai direttori delle strutture complesse e ai responsabili delle strutture semplici dipartimentali degli obiettivi per l'anno 2014, definiti in continuità e coerenza con la programmazione pluriennale aziendale;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA

2. di stabilire che le suddette schede rappresentano riferimento vincolante per la verifica del raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati ai direttori delle strutture complesse e ai responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale e per le conseguenti valutazioni individuali del personale assegnato;
3. di riservarsi di procedere ad integrare il presente atto al momento della formalizzazione di quelle schede per le quali, allo stato, si è rilevata l'impossibilità materiale alla sottoscrizione da parte di tutti i soggetti coinvolti;
4. di assegnare direttamente alla struttura gli obiettivi in caso di mancato conferimento dell'incarico di direttore e/o responsabile ed in assenza di un sostituto facente funzioni, onde garantire continuità e completezza nel perseguimento delle finalità aziendali e per consentire il regolare svolgimento del processo di misurazione e valutazione delle performance;
5. di allegare alla presente deliberazione una copia delle schede degli obiettivi sottoscritte per farne parte integrante e sostanziale.

Il Direttore Generale
Dott. Maurizio Calamida

Il Direttore Amministrativo
Dott. Caludio Ferri

Il Direttore Sanitario
Dott. Andrea Corrias



Servizio Programmazione e Controllo
Dott. Ugo Porcu



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione
n. 1312 del 13 AGO. 2014

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 14 AGO. 2014

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione
Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it

Servizio Affari Generali



Glade



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Assicurare il controllo puntuale e costante dei requisiti delle acque potabili nel rispetto del Piano regionale di programmazione in materia di controlli sulle acque potabili anno 2012	Percentuale controlli effettuati	n° controlli effettuati/n° controlli programmati	100%	15%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P	Consolidamento controlli nelle mense collettive (scolastiche, aziendali, etc.) nel rispetto del Piano regionale di programmazione in materia di controlli delle attività nelle quali si preparano, manipolano e somministrano alimenti anno 2012	Percentuale campionamenti effettuati	n° campionamenti effettuati/n° controlli programmati	100%	20%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P	Consolidamento controlli sulle attività di detenzione e di commercializzazione dei prodotti fitosanitari nel rispetto di quanto concordato con l'Assessorato Regionale	Percentuale controlli effettuati	n° controlli effettuati/n° controlli concordati	30	10%	
4	Produzione e gestione	Produttività	P	Prosecuzione progetto triennale di sorveglianza nutrizionale "A come antropometria, nutrizi meglio per crescere più forti e sani" nel rispetto del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2013	Percentuale di scuole contattate	n° Direzioni didattiche coinvolte/ n° Direzioni didattiche coinvolgibili (con popolazione scolastica a rischio rilevate)	100%	15%	
5	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Orientamento ai bisogni dell'utenza esterna. Utilizzo strumenti aziendali (incontri di formazione, role nel sito Web aziendale, etc.) per diffusione linee guida e protocolli agli operatori interessati	Numero iniziative intraprese	Verifica iniziative intraprese	n° 15 su base annua (formazione interna)	10%	
6	Produzione e gestione	Produttività	P	Attivazione di controlli mirati su attività alimentari non servite da acquedotto pubblico nel rispetto del Piano regionale di programmazione in materia di controlli sulle acque potabili anno 2012	Campionamenti effettuati	n° controlli effettuati	Almeno n° 15	10%	
7	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	≥ 2 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%	
8	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro territorialmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	≥ 1	10%	

CICLO DI BUDGET:

2014

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITA' OPERATIVA MEDICINA DELLO SPORT
DR. MARCO MASSENTI



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	certificazione delle attività sportive agonistiche e non agonistiche	n° visite	n° visite effettuate	Circa 3.850 visite sportive	50%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P	tutele sanitarie dell'attività sportiva in atleti portatori di disabilità	n° interventi di prescrizione fisica (compresi i controlli in itinere)	N° interventi effettuati	N° circa 100 interventi (con i controlli in itinere)	10%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P	promozione e prescrizione dell'attività fisica in pazienti affetti da patologie cronico degenerative	n° interventi di prescrizione fisica e controllo periodico	N° interventi effettuati	N° circa 50 interventi (con i controlli in itinere)	10%	
4	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna. Valutazione del grado di soddisfazione degli utenti attraverso la compilazione anonima di questionari	n° questionari riconsegnati con giudizio positivo	n° questionari con giudizio positivo / Totale questionari riconsegnati (positivi+negativi-compilati in maniera non corretta)	Evidenza di almeno il 90% di gradimento	10%	
5	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	1-prenotazione visite per accesso diretto Nel 2015 dovranno essere predisposte altre 9 procedure	20%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Piani di risanamento e controllo delle malattie infettive dei ruminanti (tubercolosi bovina, brucellosi bovina ed ovicaprina, leucosi bovina) nel rispetto dei parametri operativi imposti dalle direttive nazionali e regionali	Percentuale aziende e capi sottoposti a controllo	n° controlli effettuati su aziende e capi di bestiame/n° controlli programmati	Per la tubercolosi bovina 100% dei capi movimentati tra aziende da riproduzione e da ingrasso, per brucellosi bovina e leucosi bovina sino al raggiungimento del 100% degli obiettivi da definire per il 2014; Per la brucellosi ovicaprina 100% delle 115 aziende indicate nei piani regionali	15%
2	Produzione e gestione	Produttività	P	Piani di controllo per la diffusione delle malattie della specie suina nel rispetto dei parametri operativi imposti dalle direttive nazionali e regionali	Percentuale aziende e capi sottoposti a controllo	n° controlli effettuati su aziende e capi di bestiame/n° controlli programmati	100% delle Aziende accreditate per la commercializzazione	15%
3	Produzione e gestione	Produttività	P	Piano di lotta e controllo dell'epidemia di febbre catarrale degli ovini - profilassi vaccinale	vaccinazioni effettuate	n° capi vaccinati	mantenimento per il 2014/2015 della copertura vaccinale secondo il calendario previsto di almeno il 50% dei capi (vaccinazione + richiamo)	20%
4	Produzione e gestione	Produttività	P	Piano di lotta e controllo dell'epidemia di febbre catarrale degli ovini. Gestione dei nuovi focolai con avvio del procedimento di chiusura fra 60/90 gg dall'ultimo caso di malattia denunciato nell'area infetta	analisi dei focolai presenti	n° focolai chiusi nell'anno fra 60/90 gg	100%	20%
5	Produzione e gestione	Produttività	P	Piano controllo ed eradicazione della scrapie	Percentuale aziende e capi sottoposti a controllo	n° controlli effettuati su aziende e capi di bestiame/n° controlli programmati	controllo del 50% degli arieti di oltre 24 mesi d'età mai genocipizzati in passato e delle rimonte di sesso maschile del 2013/2014 denunciate al servizio	10%
6	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	≥ 2 per il 2014 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%
7	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro territorialmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	≥ 1	10%

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CAGLIARI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SPRESAL
DR. ANGELO BIGGIO

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Consolidamento monitoraggio sicurezza nei luoghi di lavoro. Monitoraggio costante della sicurezza nei luoghi di lavoro con particolare riferimento ai rischi connessi alle lavorazioni maggiormente diffuse nel territorio	N° sopralluoghi effettuati	n° sopralluoghi/n° PAT ≥ 5%	511 sopralluoghi l'anno	20%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P	Attività di formazione e informazione alle imprese agricole. Prevenzione degli incidenti in agricoltura	N° iniziative e incontri svolti	n° iniziative e incontri con operatori e rappresentanti di categoria /n° iniziative e incontri programmati	n° 2 iniziative con operatori e rappresentanti di categoria per di cui 1 in edilizia e 1 in agricoltura.	10%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P	Monitoraggio amianto. Verifica piani di bonifica edifici pubblici e privati	Percentuale piani esaminati	n° piani esaminati/n° piani ricevuti	100% piani ricevuti	20%	
4	Produzione e gestione	Produttività	P	Vigilanza in edilizia in applicazione Piano nazionale edilizia	N° sopralluoghi effettuati	n° sopralluoghi effettuati	292 nuovi cantieri	20%	
5	Produzione e gestione	Produttività	P	Verifiche periodiche su impianti di sollevamento e a pressione. Monitoraggio delle apparecchiature di sollevamento e a pressione	Percentuale richieste evase	n° richieste evase /n° richieste pervenute	100% richieste pervenute	10%	
6	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte formalizzate e comunicate a tutta la struttura	≥ 2 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%	
7	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro territorialmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	≥ 1	10%	

Il Direttore di Struttura
[Signature]

Il Direttore di Dipartimento

[Signature]

Il Direttore Generale

[Signature]

CICLO DI BUDGET:

2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Cagliari

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
DR. MICHELE PALMAS

N. AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1			Attività ispettiva sulle macellazioni e le carni prodotte negli impianti pubblici e/o privati e suini per autoconsumo	Percentuale di incremento rispetto all'anno precedente	Attività anno 2014 - Attività anno 2013/Attività anno 2013	≥15%	20%	
2			Controlli presso gli stabilimenti di sezionamento, lavorazione, confezionamento alimenti di origine animale, Stabilimenti prodotti della pesca, carni, uova, molluschi	Percentuale controlli effettuati	Controlli effettuati/Controlli ufficiali previsti dal Piano regionale integrato %	90%	20%	
3			Vigilanza permanente igienico-sanitaria nelle fasi di commercializzazione (punti vendita) di alimenti di origine animale e prodotti derivati e attuazione piano regionale integrato di controllo ufficiale e campionamento di alimenti di origine animale.	Percentuale interventi effettuati	n° interventi effettuati/n° interventi programmati	Controllo del 90% sui punti vendita ai dettagliato.	20%	
4			Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna	Tempi di registrazione delle dichiarazioni uniche di avvio dell'attività produttiva (DUAP)	Data consegna delle dichiarazioni all'ufficio - Data registrazione delle dichiarazioni	Registrazione entro i 10 giorni sul 100% delle pratiche	20%	
5	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	≥ 2 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%	
6	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro territorialmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	≥ 1	10%	

Il Direttore di Struttura
Michele Palmas

Il Direttore di Dipartimento

Michele Palmas

Il Direttore Generale

Michele Palmas


 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE
 DR. SALVATORANGELO CAMBULA

 STRUTTURA:
 CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
 DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1				Anagrafe canina e lotta al randagismo. Azzeramento liste d'attesa per sterilizzazione nei cani	mantenimento attività anno 2012	>= all'attività anno 2012	n° 4.500 microchips da applicare; n° 180 sterilizzazioni	20%	
2				Miglioramento attività di controllo presso gli allevamenti zootecnici per la produzione di latte.	Sopralluoghi nelle Aziende e Campionamenti previsti	n° sopralluoghi effettuati e n° campionamenti effettuati	n° 45 sopralluoghi e n° 110 campionamenti previsti	15%	
3				Controlli negli allevamenti bovini finalizzati al mantenimento della qualifica di produttori di latte ad alta qualità.	n° sopralluoghi	n° sopralluoghi	N° 12	25%	
4				Controllo negli allevamenti finalizzati al benessere animale (adeguamento alle normative ministeriali DgI.s 146/2006)	N° schede di verifica	n° scheda di verifica effettuate	n°110 schede negli allevamenti ovicaprini, n°19 schede negli allevamenti caprini, n° 36 schede negli allevamenti suini, n° 6 schede negli allevamenti itici; n° 1 schede negli allevamenti ovaiole, n° 1 scheda negli allevamenti equini	20%	
5	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	≥ 2 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%	
6	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro territorialmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	≥ 1	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE PUBBLICA
DR. ANTONIO ONNIS

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Mantenimento della copertura del vaccino antinfluenzale nell'anziano.	Percentuale vaccinazione antinfluenzale negli anziani	n. vaccinazioni anziani/popolazione residente over 65 anni	-5% ≤ 2013 ≥ +5%	10%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P	Estendere lo screening mammografico per le donne tra i 50 e i 69 anni	Percentuale donne tra i 50 e i 69 anni invitate a sottoporsi a screening	n. donne tra i 50 e i 69 anni invitate a sottoporsi a screening/n. donne residenti in età target	95%	10%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P	Mantenere / Migliorare i tassi di copertura vaccinale in età pediatrica	Tassi di copertura vaccinale esavalente nella coorte dei nati 2011	Numero vaccinati coorte 2010/n° nati coorte 2011	97%	10%	
4	Produzione e gestione	Produttività	P	Mantenere / Migliorare i tassi di copertura vaccinale in età pediatrica	Tassi di copertura vaccinale per HPV in bambine coorte 2002	Numero dodicenni vaccinate con almeno 1^ dose /n° nate 2002	60%	10%	
5	Produzione e gestione	Produttività	P	Offerta di vaccinazioni antipneumococco per pazienti broncopatici cronici e diabetici (sino a concorrenza delle 5.000 dosi di vaccino a disposizione)	Tassi di copertura dei soggetti a rischio segnalati dai centri specialistici di riferimento o dai MMG	n. adulti vaccinati /n° soggetti segnalati	95%	10%	
6	Produzione e gestione	Produttività	P	Rilascio patentati speciali	Tempi medi di evasione delle richieste	Data richiesta - Data evasione della richiesta	90% delle richieste evasione entro 90 gg	5%	
7	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	≥ 2 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%	
8	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Utilizzo procedura SISaR per la gestione del RENCAM	Utilizzo procedura SISaR	sì/no	entro il 31/12/2014	10%	
9	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Completamento archivi informatizzati delle vaccinazioni per i nati negli anni 2002-2013	percentuale di completamento	n° schede nominative inserite in archivio/n° residenti nati 2002-2013	90%	10%	
10	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Gestione telematica delle pratiche di invalidità attraverso la procedura SISaR	Predisposizione piano di avvio della gestione telematica delle pratiche di invalidità con la procedura SISaR	Predisposizione piano ed invio alla Direzione Generale	entro il 31/12/2014	10%	
11	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro territorialmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	≥ 1	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

Anno 2014 - Ciclo di Monitoraggio Performance

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTO SANITARIO DI IGLESIAS
DIREZIONE DI DISTRETTO
DR. MARCO SULCIS



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	OBBIETTIVO DI BUDGET	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.24	Promuovere la deospedalizzazione attraverso l'estensione della dimissione protetta temporanea ad altri reparti oltre a quelli attualmente coinvolti (che sono medicina e ortopedia)	N° reparti inseriti	N° reparti che utilizzano la dimissione protetta come modalità di dimissione	≥2013	25%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.21	Definizione di un percorso condiviso epr la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO con il coinvolgimento dei medici di MG e altre strutture aziendali	Numero percorsi definiti	Verifica predisposizione percorso condiviso	≥1	25%	Pneumologia
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.25	Potenziare l'assistenza territoriale per pazienti affetti da scompenso cardiaco per evitare in ricovero per riacquizzazione	% di pazienti scompensati presi in carico	N° pazienti presi in carico / n° pazienti residenti nel distretto affetti da scompenso cardiaco	≥ 10%	25%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.23	Predisporre azioni di sensibilizzazione dei MM.M.G. e dei PP.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.M.G. e PP.L.S. con presentazione e discussione di reportistica di accessi a PS, distinti per codici e per medico, con riferimento anche a quelli che hanno generato ricoveri medici brevi	n° incontri	≥1	15%	Programmazione e controllo, Pronto soccorso di Iglesias e Carbonia, Servizio 118
5	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT.10	In collaborazione con la NPI, realizzare eventi formativi rivolti ai Pediatri di Famiglia, per l'individuazione precoce e prevenzione dei disturbi pervasivi dello sviluppo e dell'apprendimento	numero di eventi destinati ai Pediatri di Famiglia	numero di eventi destinati ai Pediatri di Famiglia	≥ 2 uno	10%	Neuro Psichiatria Infantile

Il Direttore di Distretto

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

Anno 2014 - Ciclo di Monitoraggio Performance



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

STRUTTURA:

CENTRO DI RESPONSABILITA':

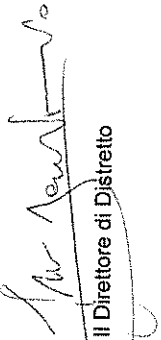
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTO SANITARIO DI CARBONIA

DIREZIONE DI DISTRETTO

DR. MARCO V. GRUSSU

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	OBBIETTIVO DI BUDGET	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.24	Promuovere la deospedalizzazione attraverso l'estensione della dimissione protetta temporanea ad altri reparti oltre a quelli attualmente coinvolti (che sono medicina e ortopedia)	N° reparti inseriti	N° reparti che utilizzano la dimissione protetta come modalita di dimissione	> 2013	25%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.21	Definizione di un percorso condiviso epr la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO con il coinvolgimento dei medici di MG e altre strutture aziendali	Numero percorsi definiti	Verifica predisposizione percorso condiviso	≥ 1	25%	Pneumologia
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.22	Attivazione di un ambulatorio territoriale per lo scompenso cardiaco, condizionale alla predisposizione di due giornate formative per gli operatori coinvolti da parte del Servizio aziendale di formazione e all'acquisto della strumentazione necessaria	Attivazione ambulatorio	sino salvo mancato verificarsi delle precondizioni	entro il 31/12/2014 (condizionatamente al supporto dell'ufficio formazione per la gestione dell'accreditamento ECM)	25%	Servizi Acquisti
4	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.23	Predisporre azioni di sensibilizzazione dei MM.M.G. e dei PP.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.M.G. e PP.L.S. con presentazione e discussione di reportistica di accessi a PS, distinti per codici e per medico, con riferimento anche a quelli che hanno generato ricoveri medici brevi	n° incontri	≥ 1	15%	Programmazione e controllo, Pronto soccorso di Iglesias e Carbonia, Servizio 118


Il Direttore di Distretto


Il Direttore Generale



DISTRETTI SANITARI DI CARBONARA E IGLESIAS
SERVIZIO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
DR. SILVIO MAGGETTI

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei servizi	Orientamento agli utenti interni ed esterni		Realizzare eventi formativi rivolti ai Pediatri di Famiglia, per l'individuazione precoce e prevenzione dei disturbi neuropsichici in età evolutiva	numero di eventi destinati ai Pediatri di Famiglia	numero di eventi destinati ai Pediatri di Famiglia	≥ 1	20%	Distretti Sanitari
2	Qualità dei servizi	Definizione di protocolli e linee guida		Chiusura del percorso di accreditamento istituzionale e presentazione della documentazione	Presentazione della documentazione alla Direzione Generale	Presentazione entro il 31/12/2014	1	20%	
3	Efficienza organizzativa	Tempestiva elaborazione e trasmissione dei dati		Recupero a sistema informatizzato di gestione delle cartelle cliniche dell'attività pregressa	annualità di attività recuperata a sistema	verifica annualità inserita	≥ 1 (annualità 2010)	20%	
4	Produzione e gestione	Produttività		Apertura dell'ambulatorio specialistico per i disturbi del comportamento	apertura ambulatorio	verifica apertura	entro il 31/12/2013	20%	Distretti di Carbonara
5	Qualità dei servizi	Definizione di protocolli e linee guida		Stesura di un percorso ambulatoriale condiviso per le prestazioni di diagnostica radiologica in pazienti in età evolutiva alternativo al ricovero	Presentazione di un percorso nella forma di un pacchetto in Day Service, condiviso con le altre UU.OO. Coinvolte	si/no	entro il 31/12/2014	20%	UU.OO. di Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione, Direzioni mediche del PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTI SANITARI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - 118
DR. SSA GIULIANA RIOLA



N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Formazione sul campo degli operatori del soccorso di base da parte dell'intera equipe medicalizzata : simulazione di casi clinici ed eventi di più frequente riscontro sul territorio.	eventi svolti	Verifica evidenze di eventi svolti	N°12	30%	
2	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Formazione degli operatori del soccorso di base a cura del personale medico, secondo progetto formativo approvato dalla C.O. 118	eventi svolti	Verifica evidenze di eventi svolti	n° 20	30%	
3	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Controllo e verifica dei requisiti organizzativo-strutturali delle Associazioni di volontariato e delle Cooperative sociali convenzionate con il servizio 118	n° controlli	n° controlli effettuati / Totale delle Associazioni di volontariato e delle Cooperative sociali convenzionate	n° 38 (almeno due controlli per associazione e cooperativa) entro il 31/12/2014	20%	
4	Qualità dei servizi	Definizione protocolli e linee guida	QS	Adozione in via sperimentale di una scheda di raccolta dati Utstein Style in tutte le urgenze territoriali con ACC	Percentuale di schede elaborate	n° schede elaborate/n° casi urgenze con ACC	100% casi 2014	20%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Generale



DISTRETTO SANITARIO DI CARBONIA
SERVIZIO DIABETOLOGIA
DR. LUIGI VINCIS

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.			DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	Razionalizzazione spesa farmaceutica con particolare riguardo all'incremento dell'utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe "Statine"	Percentuale utilizzo di molecole a brevetto scaduto	Utilizzo di molecole a brevetto scaduto anno 2014 / Totale della classe Statine anno 2014 (sui nuovi ingressi)	95% sui nuovi ingressi	30%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	Pressa in carico del paziente diabetico cronico con riduzione degli episodi di ospedalizzazione per riacutizzazione	Tasso di ospedalizzazione diabeto globale x 100.000 ab (20-74 anni)	(n° ricoveri per diabete 20-74/ popolazione 2014) x 100.000 Si considerano i R.O. per residenti con diagnosi principale 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi extra regione, dimessi dai reparti con codici 28,55,60,75, dimessi con MDC 14 e 15	50/100.000	35%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	Potenziamento attività educativa dei pazienti diabetici per un valido autocontrollo	n° piani educazionali eseguiti	n° piani 2014/ n° piani 2013	≥20%	15%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	Prevenzione delle complicanze vascolari del diabete. Potenziamento esami Eco-Color-Doppler eseguiti direttamente	n° ecocolor diretti eseguiti	n° ecocolor 2014/ n° ecocolor 2013	≥20%	15%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	indice di carico/scarico (ICS)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,95ICSs 1,1	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	PREVENZIONE CATTOLICA	PREVENZIONE CATTOLICA FARMACIA	MSF	Razionalizzazione spesa farmaceutica con particolare riguardo all'incremento dell'utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe "Statine"	Percentuale utilizzo di molecole a brevetto scaduto	Utilizzo di molecole a brevetto scaduto anno 2014 / Totale della classe Statine anno 2014 (sui nuovi ingressi)	90% sui nuovi ingressi	25%	
2	PREVENZIONE CATTOLICA	PREVENZIONE CATTOLICA FARMACIA	MSF	Presenza in carico del paziente diabetico cronico con riduzione degli episodi di ospedalizzazione per riaccutizzazione	Tasso di ospedalizzazione diabetici globale x 100.000 ab (20-74 anni)	(n° ricoveri per diabete 20-74/ popolazione 2074) x 100.000 Si considerano i R.O. per residenti con diagnosi principale 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi extra regione, dimessi dai reparti con codici 28.56,60,75, dimessi con MDC 14 e 15	50/100.000	35%	
3	PREVENZIONE CATTOLICA	PREVENZIONE CATTOLICA FARMACIA	AP	Attivazione di un servizio telefonico dedicato alle consulenze urgenti	Attivazione del numero	Verifica evidenza attivazione servizio	entro il 31/12/2014	5%	
4	PREVENZIONE CATTOLICA	PREVENZIONE CATTOLICA FARMACIA	AP	Educazione di gruppo rivolto ai pazienti insulinodipendenti finalizzata alla gestione delle emergenze metaboliche	n° incontri formativi fra gli operatori del Servizio	n° incontri formativi per gli operatori nella prospettiva dell'attivazione del servizio all'utenza esterna, nel 2014 si procederà alla fase formativa interna per gli operatori	≥ 8	10%	
5	PREVENZIONE CATTOLICA	PREVENZIONE CATTOLICA FARMACIA	P	Incremento del numero degli assistiti in assenza di liste d'attesa	% assistiti	assistiti 2014/assistiti 2013	10%	20%	
6	PREVENZIONE CATTOLICA	PREVENZIONE CATTOLICA FARMACIA	MSF	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	indice di carico/scarico (ICS)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,9±CSs 1,1	5%	

Il Direttore di Struttura
Angelo Corda

Il Direttore di Distretto

Il Direttore Generale
[Signature]



DISTRETTI SANITARI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO CURE DOMICILIARI
DR. ALDO ATZORI

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti	Percentuale di anziani over 65 non autosufficienti assistiti in ADI	Numero di anziani over 65 assistiti in ADI/Popolazione anziana over 65 residente nel territorio della ASL	≥ 4% Considerando il valore di 4,81% del 2013 l'obiettivo è di mantenimento pari o al di sopra del valore target del 2015	20%	
2	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Mantenimento della Certificazione di qualità secondo le norme UNI-ISO vigenti	Verifica mantenimento della Certificazione	Rispetto del cronoprogramma	Trasmissione della documentazione di mantenimento della Certificazione alla Direzione Sanitaria	5%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP	Coinvolgimento dei MMG e dei MCA nei piani assistenziali per Distretto	Percentuale dei MMG e dei MCA coinvolti nei Piani assistenziali	Numero di MMG e di MCA coinvolti nei Piani assistenziali per ciascun Distretto (rispetto al numero totale dei Medici presenti)	Raggiungere il 30% dei MCA entro il 2014	15%	
4	Qualità dei Servizi	Definizione di protocolli e linee guida	Prot	Protocollo per le dimissioni concordate	Predisposizione di una bozza di protocollo da presentare alla Direzione Sanitaria	Verifica evidenza presentazione bozza protocollo alla DS	Entro il 31/12/2014	30%	
5	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Applicazione degli strumenti per la valutazione della soddisfazione dell'utenza	Grado di soddisfazione dell'utenza	n° giudizi globali positivi (punteggio ≥70)/totale giudizi globali espressi	≥ 80%	15%	
6	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Progettazione di un libretto informativo del Servizio e implementazione in approfondimento di una specifica sezione sul sito web istituzionale	Realizzazione del libretto e della sezione nel sito web	Verifica dell'evidenza della realizzazione	Entro il 31/12/2014	15%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO DI BUDGET	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	In relazione al controllo a campione sull'appropriatezza dei ricoveri e considerati i livelli di inappropriatezza rilevati il precedente esercizio, vigilare sulla corretta gestione di casi a rischio in termini di ricoveri medici brevi e/o ricoveri ripetuti	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi del P.O. Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni. ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione ≤ 30 gg. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime ordinario per acuti erogati dalla struttura	Parlando da un valore pari al 30,48% 45,45% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 7,48% 4%	5%	Pronto soccorso e reparti con degenze del P.O. Pronto soccorso e reparti con degenze del P.O.
2	Efficienza organizzativa	Gestione del rischio	Predisposizione e organizzazione di un sistema di emergenza e di evacuazione	Organizzazione simulazione di un'evacuazione	si/no,	entro il 31/12/2014	15%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	Predisposizione di un percorso ambulatoriale condiviso per le prestazioni diagnostiche in pazienti in età evolutiva alternativo all'ospedalizzazione	Predisposizione percorso ambulatoriale	si/no	entro il 31/12/2014	30%	U.U.OO. Di Radiodiagnostica, di Anestesia e Rianimazione, di Neuropsichiatria infantile
4	Qualità dei servizi	Predisposizione di protocolli e linee guida	Supporto alle U.U.OO del Dipartimento di cure Chirurgiche per la redazione del regolamento per la gestione delle sale operatorie che preveda in particolare l'utilizzo delle check list per la sicurezza in sala operatoria	Predisposizione di un regolamento condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura Informatica SISAR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione alla Direzione Generale	entro il 31/12/2014	25%	U.U.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,9s/CSs 1,1	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

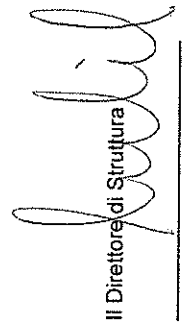


PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
DR. SERGIO PILI


STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO DI BUDGET	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP In relazione al controllo a campione sull'appropriatezza dei ricoveri e considerati i livelli di inappropriatazza rilevati il precedente esercizio, vigilare sulla corretta gestione di casi a rischio in termini di ricoveri medici brevi e/o ricoveri ripetuti	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi del P.O.	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni.	30,21% Partendo da un valore pari al 43,41% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 13,20 %	5%	Pronto soccorso e reparti con degenze del P.O.
2	Efficienza organizzativa	Gestione del rischio	GR Predisposizione e organizzazione di un sistema di emergenza e di evacuazione	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione ≤ 30 gg. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime ordinario per acuti erogati dalla struttura	4,49% Partendo da un valore pari al 6,39% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4%	5%	Pronto soccorso e reparti con degenze del P.O.
3	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna e esterna	UT Predisposizione del progetto di attivazione del servizio di preospedalizzazione nel P.O. Sirai	Organizzazione simulazione di un'evacuazione	sifno	entro il 31/12/2014	15%	U.O.U.O.BE Presidio afferenti al Dipartimento di cura, chirurgia
4	Qualità dei servizi	Predisposizione di protocolli e linee guida	PROT Supporto alle U.O.U.O. del Dipartimento di cure Chirurgiche per la redazione del regolamento per la gestione delle sale operatorie che preveda in particolare l'utilizzo delle check list per la sicurezza in sala operatoria	Predisposizione e attivazione di un servizio di preospedalizzazione per ricoveri chirurgici programmati	sifno	entro il 31/12/2014	30%	U.O.U.O. del Dipartimento di cure chirurgiche
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Predisposizione di un regolamento condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISA/R per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione alla Direzione Generale quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	entro il 31/12/2014 0,95ICSs 1,1	25%	U.O.U.O. del Dipartimento di cure chirurgiche

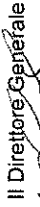
Il Direttore di Struttura



Il Direttore Sanitario



Il Direttore Generale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
PRONTO SOCCORSO
DR. SSA VIVIANA LANTINI



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.18	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale di Ricoveri Ordinari Medici che dimessi in 0-2 giorni (ricoveri brevi inviati da PS)	Al numeratore sono riportati i casi generati da invii da PS (compresi dimessi da OBI e dopo consulenza) che generano ricoveri ordinari medici brevi; al denominatore il totale dei ricoveri ordinari medici brevi del P.O. transistati per il PS	32,95% (anno 2014) Partendo dal dato annuale 2013 del 38,28% di ricoveri ordinari medici brevi transistati per il da PS, occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17%, con una riduzione per anno di 10,63% (per il 2014 si calcola per il secondo semestre)	35%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P.51	Migliorare l'utilizzo dell'Osservazione Breve Intensiva di Pronto Soccorso	Tasso di Occupazione PL OBI	al numeratore sono riportati tutti gli accessi in OBI di Pronto Soccorso, al denominatore il valore teorico ottimale standard pari a 2,5 pazienti per letto/giorno	31,63% (anno 2014) partendo da un T.O. del 27,96% nel 2013 sui 7 letti (8212,5 accessi teorici), occorre arrivare nell'arco di un triennio al 50%, con un incremento annuo del 7,35%	35%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP. 22	Predisporre azioni di sensibilizzazione dei M.M.M.G. e dei P.P.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con M.M.M.G. e P.P.L.S. con presentazione e discussione di reportistica di accessi a PS, distinti per codici e per medico, con riferimento anche a quelli che hanno generato ricoveri medici brevi	n° incontri	≥ 1	15%	Distretti sanitari, Programmazione e controllo
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(Quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,9 ≤ ICS ≤ 1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
5	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT.11	Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna. Valutazione del grado di soddisfazione degli utenti	n° questionari riconsegnati con giudizio positivo	n° questionari con giudizio positivo / Totale questionari riconsegnati (positivi+negativi+compilati in maniera	>60%	5%	

Il Direttore di Struttura
Viviana Lantini

Il Direttore di Dipartimento
Viviana Lantini

Il Direttore Generale
Viviana Lantini

CICLO DI BUDGET:

2014

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO MEDICINA RIABILITATIVA
DR. SSA MIRIANA FRESU



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1				Valutazione del paziente in carico al terapista da effettuarsi su supporto informatico standard di reparto, esclusivamente per i pazienti provenienti dalla UO di Ortopedia	Percentuale cartelle informatizzate	n° cartelle informatizzate/n° pazienti provenienti da Ortopedia	100% dal mese di settembre	30%	
2				Mantenimento livelli di attività a parità di risorse assegnate	Numero prestazioni erogate (per esterni e per interni)	Prestazioni 2014/prestazioni 2013	≥ 2013	25%	
3				Realizzazione corso di formazione per il personale dell'ospedale sul percorso riabilitativo del paziente con stroke, dall'accesso all'ospedale alla presa in carico territoriale	n° eventi	Convegno eventi realizzati	≥ 1	20%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS s1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	5%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,10 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,00 occorre arrivare nel 2014 al target 0,10	10%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014 sono considerate solo le attività regolarmente registrate in procedura, utilizzando la tariffa DRG per le degenze e le tariffe a nomenclatore per le consulenze a pazienti interni ed esterni	s. del dato 2013	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA: DR. LUCIANO VIRDIS

PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGLESIAS
ONCOLOGIA

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza organizzativa	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili.	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore* consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	15%	
2	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri;	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 90% dei pazienti ricoverati	10%	
3	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.18	Monitoraggio Farmaci oncologici sottoposti a controllo AIFA	Compilazione della scheda AIFA		100%	25%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS s1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,90 ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,84 occorre arrivare nel 2014 al target 0,90	10%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014 sono considerate solo le attività regolarmente registrate in procedura, utilizzando la tariffa DRG per le degenze e le tariffe a nomenclatore per le consulenze a pazienti interni ed esterni	s del dato 2013	10%	
7	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al denominatore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	53,74 Partendo da un valore pari al 12,48% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 41,26	10%	
8	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	57,07 Partendo da un valore pari al 14,14% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 42,93	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Efficienza organizzativa	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico.	34,08% Partendo da un valore pari a 67,27% nel 2011 occorre arrivare in un quinquennio ad un target pari a 23% e quindi abbattere per anno una percentuale del 11,07%	20%	
2	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri;	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 85% dei pazienti ricoverati	10%	
3	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS ≤1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,31 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,21 occorre arrivare nel 2014 al target 0,31 (Buggeru 0,00 Carbonia 0,13 Carloforte 0,08 Iglesias 0,63)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	standardizzazione del costo medio diretto variabile per attività	costo medio diretto variabile per prestazione nel P.O. Santa Barbara / costo medio diretto variabile per prestazione nel P.O. Sirai (nel 2013 il costo medio per prestazione del P.O. Sirai è stato di € 71,30 di cui € 25,77 per acquisto farmaci)	≤ 1,05	10%	
6	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data di dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	62,64 Partendo da un valore pari al 30,28% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 32,36	10%	
7	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISaR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	55,45 Partendo da un valore pari al 12,90% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 43,55	10%	
8	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT.9	Apertura Centro Prelievi in Neurologia e Dialisi Iglesias a parità di risorse umane	Apertura Centro.	Si / No	Entro il 31/12	20%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00% Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 23%	30%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n° consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	P.8	Aumento produttività di attività di specialista ambulatoriale, specificatamente in ambito allergologico	Prestazioni specialistiche erogate	n° prestazioni erogate 2014/n° prestazioni erogate 2013	>1	10%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito della visita specialistica ambulatoriale, per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale delle visite ambulatoriali	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 30% dei pazienti (ricoverati o visitati)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,9s ICS s1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,10 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,00 occorre arrivare nel 2014 al target 0,10	10%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	s del dato 2013	10%	
8	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	74,38	5%	
9	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	67,50 Partendo da un valore pari al 35,00% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 32,5	5%	

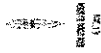
Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
CARDIOLOGIA E UTIC
DR. RINALDO ASTE



N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	23,41% Partendo da un valore pari al 29,82% nel 2013 occorre arrivare nel 2014 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 6,41%	20%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n°consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti, stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione ≤ 30 gg. Al denominatore	4,13% Partendo da un valore pari al 4,37% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi diminuire nel 2014 di una percentuale dello 0,12%	20%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri;	35% Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera al 35% dei pazienti	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS), ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS ≤1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica O10	0,14 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,04 occorre arrivare nel 2014 al target 0,14	10%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	≤ del dato 2013	10%	
8	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	83,72 Partendo da un valore pari al 72,44% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 11,28	5%	
9	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISaR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	78,92 Partendo da un valore pari al 57,83% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 21,09	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00% Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 23%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.21	Definizione di un percorso condiviso epr la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO con il coinvolgimento dei medici di MG e altre strutture aziendali	Numero percorsi definiti	Verifica predisposizione percorso condiviso	≥ 1	10%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P.63	Incremento di attività endoscopica	n° broncoscopie eseguite	n° procedure in file SDO con codice ICD9-CM 3322 e 3323	≥ 2013	30%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri;	30%	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS ≤ 1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	5%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,42 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,32 occorre arrivare nel 2014 al target 0,42	10%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014 sono considerate solo le attività regolarmente registrate in procedura, utilizzando la tariffa DRG per le degenze e le tariffe a nomenclatore per le consulenze a pazienti interni ed esterni	≤ del dato 2013	10%	
8	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	56,72 Partendo da un valore pari al 18,43% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 38,29	10%	
9	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	96,47 Partendo da un valore pari al 92,93% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 3,54	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N. AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIZIONE E
1	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accreditamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico.	47,71%	20%	Partendo da un valore pari al 97,14% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 24,71%
2	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici.	17,00%	10%	Mantenimento fino al 2015 di un valore inferiore al 17%
3	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/risultato eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
4	Efficienza organizzativa	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito della visita specialistica ambulatoriale, per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale delle visite ambulatoriali		10%	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 8% dei pazienti (ricoverati o visitati)
5	Efficienza organizzativa	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS 51,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
6	Efficienza organizzativa	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico	0,10 ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,00 occorre arrivare nel 2014 al target 0,10	10%	
7	Efficienza organizzativa	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	≤ del dato 2013	10%	
8	Efficienza organizzativa	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al denominatore il totale dei dimessi. Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero	90,37 Partendo da un valore pari al 85,73% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 4,64	10%	
9	Efficienza organizzativa	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISA-R	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	89,14 Partendo da un valore pari al 78,26% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 10,86	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI IGLESIAS
MEDICINA GENERALE
DR. ENRICO BASSA

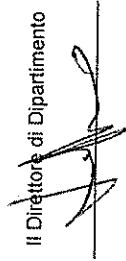
ANTONIO PISANO

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	Mantenimento fino al 2015 di un valore inferiore al 17%	10%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n°consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario.	4,92%	20%	Partendo da un valore pari al 7,66% nel 2011 occorre arrivare in un quinquennio ad un target pari al 4%, con riduzione per anno di 0,92
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.20	Promuovere la deospedalizzazione attraverso il costante uso della dimissione protetta, per i reparti già coinvolti (medicina e ortopedia)	% dimissioni in RSA	n° dimissioni in RSA / totale dimissioni	≥ 2013	15%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Disinibizione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/ totale dei ricoveri;		10%	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 30% dei pazienti ricoverati
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95(ICS 1.1)	10%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico	0,32 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1	5%	Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,22 occorre arrivare nel 2014 al target 0,32
8	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	≤ del dato 2013	10%	
9	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	94,29 Partendo da un valore pari al 93,57% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 0,72	5%	
10	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISaR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	95,09 Partendo da un valore pari al 90,19% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 4,91	5%	

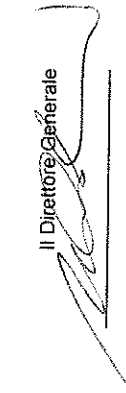
Il Direttore di Struttura



Il Direttore di Dipartimento



Il Direttore Generale



CICLO DI BUDGET:

2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

PRESIDI OSPEDALIERI DI IGLESIAS
PRONTO SOCCORSO
DR. SSA ELISA ZANDA

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.18	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale di Ricoveri Ordinari Medici che dimessi in 0-2 giorni (ricoveri brevi inviati da PS)	Al numeratore sono riportati i casi generati da invii da PS (compresi dimessi da OBI e dopo consulenza) che generano ricoveri ordinari medici brevi: al denominatore il totale dei ricoveri ordinari medici brevi del P.O. transitati per il PS	17% (anno 2014) Partendo dal dato annuale 2013 del 13,06% di ricoveri ordinari medici brevi inviati da PS, occorre mantenere fino al 2015 un target inferiore al 17% (per il 2014 si calcola per il secondo semestre)	15%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P.51	Migliorare l'utilizzo dell'Osservazione Breve Intensiva di Pronto Soccorso	Tasso di Occupazione PL OBI	al numeratore sono riportati tutti gli accessi in OBI di Pronto Soccorso, al denominatore il valore teorico ottimale standard pari a 2,5 pazienti per letto/giorno	18,71% (anno 2014) partendo da un T.O. del 12,45% nel 2013 sui 5 letti (6387,5 accessi teorici), occorre arrivare nell'arco di un triennio al 50%, con un incremento annuo del 12,52% (per il 2014 si calcola per il secondo semestre)	35%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.22	Predisporre azioni di sensibilizzazione dei MM.M.G. e dei PP.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.M.G. e PP.L.S. con presentazione e discussione di reportistica di accessi a PS, distinti per codici e per medico, con riferimento anche a quelli che hanno generato ricoveri medici brevi	n° incontri	≥ 1	25%	Distretti sanitari, Programmazione e controllo
4	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,9 ≤ ICS ≤ 1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	15%	
5	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna.	UT.11	Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna. Valutazione del grado di soddisfazione degli utenti	n° questionari riconsegnati con giudizio positivo	n° questionari con giudizio positivo / Totale questionari riconsegnati (positivi+negativi+compilati in	>90%	10%	

Il Direttore di Struttura

Elisa Zanda

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

Elisa Zanda

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accorciamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00%	5%	Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 23%
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	25,83%	10%	Partendo da un valore pari al 34,67% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 5,84%
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriata	(Ricoveri in Day surgery per i DRG a rischio di inappropriata / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriata) *100 (OPCM 29/1/2001) - Elenco 42 DRG a rischio inappropriata).	83,13%	10%	Partendo da un valore pari al 75,38% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 87% e quindi aumentare nel 2014 di una percentuale del 3,87%
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	Ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario.	4,52%	10%	Partendo da un valore pari al 5,56% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 0,52%
5	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.19	Riduzione del numero di ricoveri in reparti chirurgici non correlati ad intervento	Percentuale di DRG medici dimessi dai reparti chirurgici	Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra ricovero e precedente dimissione > 30 gg. Al denominatore	49,41%	10%	Partendo da un valore pari al 61,62% nel 2013 occorre arrivare nel 2016 ad un target pari al 25% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale dello 12,21%
6	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenza del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore in consulenza eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	5%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/ totale dai ricoveri.		10%	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 30% (26,12% nel 2013) dei pazienti ricoverati
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarchi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,94 ICS ±1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
9	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico	0,10 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,00 occorre arrivare nel 2014 al target 0,10	5%	
10	Efficienza Organizzativa	Temporarietà elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o sciorizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri in DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	94,40	10%	Partendo da un valore pari al 93,79% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 0,61
11	Efficienza Organizzativa	Temporarietà elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SIGAR	Al numeratore sono riportate le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	94,79	5%	Partendo da un valore pari al 89,56% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 0,21
12	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condotto per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SIGAR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	10%	UJOO, dal Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche P.P.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimentale

Il Direttore Generale

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni ricoveri con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri ordinati per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico ricoveri ordinati medici brevi *100/ totale ricoveri ordinati medici. Al numeratore ricoveri ordinati per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinati medici con accesso diretto in reparto.	27,56%	15%	Partendo da un valore pari al 36,67% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 4,56%
2	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinati medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinati medici brevi *100/ totale ricoveri ordinati medici.	25,76%	15%	Partendo da un valore pari al 34,52% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 8,76%
3	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario.	5,66%	15%	Partendo da un valore pari al 9% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi diminuire nel 2014 di una percentuale del 1,67%
4	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	ricoveri ordinati medici brevi *100/ totale ricoveri in regime ordinario. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stessi MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione < 30 gg. Al denominatore	80% (da settembre)	10%	
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito della visita specialistica ambulatoriale, per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n° consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SDO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)		10%	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 25% dei pazienti (ricoverati o visitati)
6	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (CS) ad intervallo trimestrale	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/ totale dei ricoveri; Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuato *100/ totale della visite ambulatoriali	0,95 ICS s1.1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	5%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,10 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,00 occorre arrivare nel 2014 al target 0,10	5%	
8	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o stornizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione; al numeratore il totale dei ricoveri. Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	86,24	5%	Partendo da un valore pari al 81,46% nel 2013 occorre arrivare al 98% entro il 2015, con un incremento per anno del 6,76
9	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	91,30	5%	Partendo da un valore pari al 82,61% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 8,70
10	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatizzata SISAAR per tutto lo fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	UIUOO del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Medicate PP CO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in Via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno pari a 1 e 2 (diagnostico e curativo). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno pari a 1 e 2 (diagnostico e curativo).	30,48% Partendo da un valore pari al 45,45% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 7,48%	20%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	17,89% Mantenimento fino al 2015 di un valore inferiore al 17%	5%	
3	Appropriatezza	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	AP.6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	(Ricoveri in Day surgery per DRG a rischio di inappropriatezza / totale ricoveri (ordinari o diurni) a rischio di inappropriatezza *100 (DPCM 29/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriatezza).	85,44%	10%	
4	Appropriatezza	Evitare i ricoveri finestrati entro 30 giorni per la stessa MDC	AP.4	Evitare i ricoveri finestrati entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo chirurgico. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime ordinario e diurno (codice 1 e codice 2) per acuti di tipo chirurgico	Partendo da un valore pari al 82,3% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 87% e quindi aumentare nel 2014 di una percentuale del 1,57%	10%	
5	Appropriatezza	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenza del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/h consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
6	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegnate	Numero consegnato del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri.	Forare il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera al 15% dei pazienti (ricoverati)	5%	
7	Efficienza Organizzativa	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di cartocciano (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico)	0,84 ICS <1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
8	Efficienza Organizzativa	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci al paziente	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci al paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico	0,12 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,02 occorre arrivare nel 2014 al target 0,12	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o sfornizzato a 15 giorni dalla data di dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	79,41 Partendo da un valore pari al 63,62% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 13,59	5%	
10	Efficienza Organizzativa	Compilazione della lettera di dimissione	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISaR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	83,21 Partendo da un valore pari al 66,41% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 16,79	5%	
11	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli o linee guida	Prot.13	Presentazione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISaR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI/NO	entro il 31/12/2014	15%	UU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DR. BRUNELLO GARDEO



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accentramenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del ricovero del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00% Mantenimento dell'indicatore inferiore al 23%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	42,29% Partendo da un valore pari al 59,57% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 25,29%	15%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.8	Migliorare l'efficienza nei reparti chirurgici	Degenza media per DRG	Σ Giornate di degenza per DRG/numero dimessi. (Esclusi ricoveri di 1 giorno e oltre soglia) Confronto con standard media nazionale (fonte Ministero della Salute- SDO anno 2010) per singolo DRG.	7,04% mantenimento di un valore inferiore al target nazionali pari al 7,04	5%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.5	Fratture femore over 65 entro 48 ore	Percentuale incremento attività chirurgica in pazienti target	Percentuale di interventi effettuati entro 48 ore / totale interventi sui pazienti target (interventi con ICD9-CM 7905.7915,7925,7935,7945,7955)	35% -> 2013	5%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.19	Promuovere la ricospedalizzazione attraverso il costante uso della dimissione protetta, per i reparti già coinvolti (medicina e ortopedia)	% dimissioni in RSA	N° dimissioni in RSA / totale dimissioni		10%	Direzione di distretto
6	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/in consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate / 100/Totale dei ricoveri.	Forne il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 30% dei pazienti	10%	
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con puntuale riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS s1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
9	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,10 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,60 occorre arrivare nel 2014 al target 0,10	5%	
10	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	ai numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	73,95 Partendo da un valore pari al 52,90% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 21,05	5%	
11	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	88,53 Partendo da un valore pari al 77,07% nel 2013, occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 11,47	5%	
12	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e controllo della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	U.U.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche Direzioni Mediche PP.OO

Il Direttore di Struttura

Gardeo

Il Direttore di Dipartimento

Gardeo

Il Direttore Generale

Gardeo



PREVIDIO OSPEDALIERO SIRAI
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
DR. SSA TIZIANA SERCI

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N. AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza Gestione delle liste d'attesa	GLA.1	Soddisfacciamento richieste delle sedute operatorie	occupazione oraria della sala operatoria nelle sedute pianificate	Occupazione effettiva per sala per interventi programmati e urgenti / giorni distinti infrasettimanali	> 2013	20%	
2	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n° consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
3	Efficienza Organizzativa	MSF.14	Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera a parità di attività prodotta	Costi medi per farmaci e presidi	Totale costi 2014/n° prestazioni 2014	S ai costi dell'anno 2013	15%	
4	Efficienza Organizzativa	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 (CS s1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	15%	
5	Efficienza Organizzativa	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,15 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,05 occorre arrivare nel 2014 al target 0,15	5%	
6	Efficienza Organizzativa	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o siorizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	65,50 Partendo da un valore pari al 36,00% nel 2013 occorre arrivare al 65% entro il 2015, con un incremento per anno del 29,50	5%	
7	Efficienza Organizzativa	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISaR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	90,87 Partendo da un valore pari al 81,75% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 9,13	5%	UU.OO. Del presidio afferenti al Dipartimento di Cure chirurgiche, Direzioni Medica P.O. Sirai
8	Qualità dei servizi	UT.8	Predisposizione del progetto di attivazione della preospedalizzazione nel P.O. Sirai	Predisposizione e attivazione di un servizio di preospedalizzazione per ricoveri chirurgici programmati	SI / NO	entro il 31/12/2014	10%	
9	Qualità dei servizi	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISaR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	UU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
 CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
 DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SANTA BARBARA
 OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 DR. GIUSEPPE SANTEUFEMIA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
 ASL N° 7 CAGLIARI

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	17,00%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	(Ricoveri in Day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriatezza) *100 (DPCM 29/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriatezza).	65,84%	20%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	Ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario.	4,64%	10%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione ≤ 30 gg. Al denominatore n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n° consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Prestidio).	80% (da settembre)	10%	
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri;	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 20% dei pazienti (ricoverati)	15%	
6	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scanchi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità rinfusa dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS ≤ 1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico	0,23 ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Partendo da un valore pari al 0,13 occorre arrivare nel 2014 al target 0,23	5%	
8	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DR ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	70,34 Partendo da un valore pari al 45,66% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 24,66	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	77,23 Partendo da un valore pari al 54,47% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 22,77	5%	
10	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	UU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

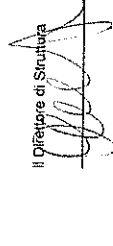
Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico Al numeratore ricoveri diurni per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00%	5%	Mantenimento dell'andamento non al di sopra del 23%
2	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	29,93%	10%	Partendo da un valore pari al 22,65% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 12,93%
3	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	(Ricoveri in Day Surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriatezza) *100 (DFCM 29/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriatezza)	93,52%	10%	Partendo da un valore pari al 76,54% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 87% e quindi aumentare nel 2014 di una percentuale del 3,49%
4	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura che ha subito ricoveri in regime ordinario con la stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione < 30 gg. Al denominatore ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario	4,30%	10%	Partendo da un valore pari al 4,91% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi diminuire nel 2014 di una percentuale dello 0,30%
5	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.19	Riduzione del numero di ricoveri in reparti chirurgici non corelati ad intervento	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici *100/ totale dimessi da reparti chirurgici	26,41%	10%	Partendo da un valore pari al 27,12% nel 2013 occorre arrivare nel 2016 ad un target pari al 25% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale dello 0,71%
6	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenza del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 mesi/consulenze assegnate registrate su procedure SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio	80% (da settembre)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegna	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/ totale dei ricoveri (quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) mesi del rapporto nei trimestri	0,94 ICS x1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	5%	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 15% (12,50% nel 2013) dei pazienti ricoverati.
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) nel intervallo trimestrale	valore dei movimenti di scarico e paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,11 occorre arrivare nel 2014 al target 0,21	10%	
9	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa surmacrouba	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)		75,15	5%	Partendo da un valore pari al 55,26% nel 2013 occorre arrivare al 85% entro il 2015, con un incremento per anno del 19,80
10	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità nella compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o stornizzato a 15 giorni dalla data di ammissione	al numeratore sono riportati lo SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	77,95	5%	Partendo da un valore pari al 55,9% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 22,05
11	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri		5%	
12	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Preposizione di un responsabile dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informata SISAR per tutte le fasi del processo operatorio	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	LUOGO del Dipartimento di cure chirurgiche, Ematologiche, Oncologiche, PP.OO.

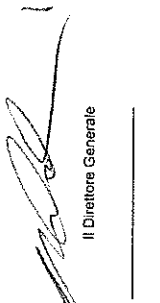
Il Direttore di Struttura



Il Direttore di Dipartimento



Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00% Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 23%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto, al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	41,84% Partendo da un valore pari al 66,67% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 24,84%	15%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	(Ricoveri in Day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriatezza) *100 (DPCM 29/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriatezza). Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo chirurgico. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime ordinario e diurno (codice 1 e codice 2) per acuti di tipo chirurgico	81,66% Partendo da un valore pari al 71,55% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 87% e quindi aumentare nel 2014 di una percentuale del 5,15%	15%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in RO. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti, stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione > 30 gg. Al denominatore	4,00% Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 4%	10%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.19	Riduzione del numero di ricoveri in reparti chirurgici non correlati ad intervento	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici *100/ totale dimessi da reparti chirurgici.	32,04% Partendo da un valore pari al 35,56% nel 2013 occorre arrivare nel 2016 ad un target pari al 25% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale dello 3,52%	10%	
6	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n°consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara)	80% (da settembre)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS < 1,1 (dell'anno)	5%	
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,23 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,13 occorre arrivare nel 2014 al target 0,23	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	90% Mantenimento di un valore al di sopra del 90%	5%	
10	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	57,2 Partendo da un valore pari al 14,40% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 42,8	5%	
11	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Proi.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	U.O. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

N	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del ricovero del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	23,00% Mantenimento dell'indicatore inferiore al 23%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni, con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	30,20% Partendo da un valore pari al 43,40% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 13,20%	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	(Ricoveri in Day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriatezza) *100 (CPCIN 29/1/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriatezza) Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo chirurgico. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime ordinario e diurno (codice 1 e codice 2) per acuti di tipo chirurgico	87,00% Mantenimento dell'indicatore non al di sotto dell'87%	5%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-5	Fratture femore over 65 entro 48 ore	Percentuale incremento attività chirurgica in pazienti target	Percentuale di interventi effettuati entro 48 ore / totale interventi sui pazienti target (interventi con ICD9-CM 7905,7315,7325,7935,7945,7955)	35% => 2013	5%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-19	Promuovere la deospedalizzazione attraverso il costante uso della dimissione protetta, per i reparti già coinvolti (medicina e ortopedia)	% dimissioni in RSA	N° dimissioni in RSA / totale dimissioni		15%	
6	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consultazione del Pronto Soccorso	n° richieste consultazione da PS evase entro 2 ore/insoluzioni eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara)	60% (da settembre)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito della visita specialistica ambulatoriale, per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/ totale dei ricoveri.	Fornite il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 30% dei pazienti (ricoverati o visitati)	10%	
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi.	Indice di caricamento (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / rapporto nei trimestri	0,95 ICS >= 1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
9	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,29 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,19 occorre arrivare nel 2014 al target 0,29	5%	
10	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD-8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o autorizzato a 15 giorni dalla data di dimissione	Al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclo si considererà il 31/12, per i ricoveri di non ciclica la data di ricovero).	86,05 Partendo da un valore pari al 77,09% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 8,66	5%	
11	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD-9	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	Al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione; al denominatore il totale dei ricoveri	83,82 Partendo da un valore pari al 67,55% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 16,16	5%	
12	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot-13	Predisposizione di un regolamento disciplinante condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operatorio	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	LU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100 / totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1, o 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	28,71% Partendo da un valore pari al 42,42% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al: 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale dell' 12,71%.	10%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriata	(Ricoveri in Day Surgery per i DRG a rischio di inappropriata (totale ricoveri ordinari e diurni) e rischio di inappropriata) *100 (OPCM 28/1/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriata).	74,66% Partendo da un valore pari al 50% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 87% e quindi aumentare nel 2014 di una percentuale del 12,33%.	20%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	Ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100 / totale ricoveri in regime ordinario. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione > 30 gg. Al denominatore n° richieste consultanze da PS evase entro 2 ore/n° consultanze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara)	4,00% Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 4%	10%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consultanze del Pronto Soccorso	Numero richieste di consultanze da PS evase entro 2 ore/n° consultanze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara)	80% (da settembre)	10%	
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuato *100 / totale dei ricoveri.	Forse il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 40% dei pazienti (ricoverati)	10%	
6	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS s.t.1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,13 ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,03 occorre arrivare nel 2014 al target 0,13	5%	
8	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione o trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o stornizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	95% (valore 2013 98,29%) Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 95%	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione o trasmissione dati	TD.9	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISaR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	76,26 Partendo da un valore pari al 52,51% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 23,75	5%	
10	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condotto per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo corretto e controllo della procedura informatica SISaR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	UU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Dietetici Medicina PP.OO.

Il Direttore di Struttura
[Firma]

Il Direttore di Dipartimento
[Firma]

Il Direttore Generale
[Firma]



N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	36,88% Partendo da un valore pari al 64,75% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 13,92%	20%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.19	Riduzione del numero di ricoveri in reparti chirurgici non correlati ad intervento	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici *100/ totale dimessi da reparti chirurgici.	25,00% Mantenimento di un valore inferiore al 25% (valore 2013 17,26)	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze dal Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n°consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura S/O, richieste dal Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara)	80% (da settembre)	10%	
4	Produzione e Gestione	Produttività	P.15	Incremento attività.	Percentuale incremento attività	Attività anno 2014/Attività anno 2013	incremento 10%	10%	
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri ;	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 50% dei pazienti	10%	
6	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS s1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai protocolli sotto la classe merceologica 010	0,50 ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,40 occorre arrivare nel 2014 al target 0,50	5%	
8	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o stornizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	68,65 Partendo da un valore pari al 38,65% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 28,15	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	55,01 Partendo da un valore pari al 10,01% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 45,00	5%	
10	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	U.O.O. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

CICLO DI BUDGET:

2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

PRESIDI OSPEDALIERI DI IGLESIAS
SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
DR. CARLO ALDO MONTALDO

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P.13	Incremento attività ambulatoriale per esterni con particolare riferimento alla risonanza magnetica	Percentuale attività ambulatoriale per esterni (in particolare: risonanza magnetica)	Attività per esterni anno 2014 - Attività per esterni anno 2013/Attività per esterni anno 2013 Valori 2013: 2328 RMN	Incremento del 10% sul 2013	5%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P.14	Incremento attività interventi sulla colonna	Percentuale incremento interventi sulla colonna	n° interventi anno 2014 - n° interventi anno 2013/n° interventi anno 2013 Nel 2013 sono stati individuati 159 interventi	Incremento attività del 25%	35%	
3	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.15	Riduzione dei consumi di mezzi di contrasto attraverso l'ottimizzazione di protocolli in TAC e RMN a parità di esami eseguiti nel 2014	Entità consumi mezzi di contrasto	Costo medio prestazione 2014/costo medio prestazione 2013 Calcolato sul rapporto tra le prestazioni erogate ed il consumo di prodotti in CLM 010V08, 2013: TAC € 15,90 RMN € 10,35	≤ 1	30%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,9 ≤ ICS ≤ 1,1	5%	
5	Produzione e gestione	Produttività	P.15	Job rotation delle professioni mediche e tecniche per garantire maggiore flessibilità organizzativa e gestionale del lavoro	% collaboratori coinvolti in iniziative di job rotation	N° di collaboratori coinvolti/n° collaboratori disponibili	≥ 50%	25%	
6	Qualità dei servizi	Definizione di protocolli e linee guida		Stesura di un percorso ambulatoriale condiviso per le prestazioni di diagnostica radiologica in pazienti in età evolutiva alternativo al ricovero	Presentazione di un percorso nella forma di un pacchetto in Day Service, condiviso con le altre UU.OO. Coinvolte	sì/no	entro il 31/12/2014	20%	UU.OO. di Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione, Direzioni mediche del PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO LABORATORIO ANALISI
DR. SSA MARIA CRISTINA GARAU



N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	QS	Avvio di un sistema di controllo di qualità	Produzione del regolamento di gestione della qualità nel Servizio	Verifica invio regolamento alla Direzione Sanitaria	Evidenza invio alla Direzione Generale entro il 31/12/2014	30%	
2	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	QS	Utilizzo del sistema esperto di monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni di laboratorio (PROMETEO)	n° report prodotti e inviati alle U.U.OO.	n° protocolli redatti predisposti nel 2014	n°3	30%	
3	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	QS	Nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio, avvio della rete aziendale dei sistemi POCT (Point of Care Testing)	Predisposizione di un regolamento generale della rete aziendale di POCT	Verifica evidenza predisposizione regolamento generale	Evidenza invio alla Direzione Generale entro il 31/12/2014	30%	Servizio delle Professioni Sanitarie
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,95 ICS ≤ 1,1	5%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014 sono considerate solo le attività regolarmente registrate in procedura, utilizzando la tariffa DRG per le degenze e le tariffe a nomenclatore per le consulenze a pazienti interni ed esterni	≤ del dato 2013	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

2014

STRUTTURA:

CENTRO DI RESPONSABILITÀ:

DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGLESIAS
CENTRO TRASFUSIONALE - MEDICINA TRASFUSIONALE
DR. ANGELO ZUCCARELLI



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1				Azioni di controllo della spesa per emoderivati attraverso la produzione del plasma da cedere all'industria convenzionata	Plasmaproduzione per emoderivati	quantità ceduta 2013/quantità ceduta 2012	aumento del 5%	10%	
2				Informatizzazione della gestione trasfusionale	Messa a regime delle procedure informatiche relative alla donazione di sangue	Si/No	entro il 31/12/2013	25%	
3				Miglioramento qualitativo degli emocomponenti e riduzione della mobilità passiva attraverso l'implementazione dell'aferesi produttiva e terapeutica	Aferesi eseguite	Numero aferesi	> 700	25%	
4				Accreditamento istituzionale del centro trasfusionale	Ottenimento accreditamento	si/no	entro il 31/12/2014	35%	
5				Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,95 ICS ≤ 1,1	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



PRESDIO OSPEDALIERO SIRAI
PSICHIATRIA
DR. ANTONIO LADDOMADA

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	ricoveri in DH medico con finalità diagnostica *100/ totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice Z) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	26,31% Partendo da un valore pari al 29,63% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2013 di una percentuale del 3,32%	25%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	18,11% Partendo da un valore pari al 19,22% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 1,11%	25%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/n°consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura S/O, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri;	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 20% dei pazienti (ricoverati)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS)	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,94(CS) 1,1	5%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento allo scarico dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	0,37 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,27 occorre arrivare nel 2014 al target 0,37	5%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014 sono considerate solo la attività regolarmente registrate in procedura, utilizzando la tariffa DRG per la degenza e le tariffe a nomenclatore per le consulenze a pazienti interni ed esterni.	≤ del dato 2013	10%	
8	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri dh non ciclici la data di ricovero)	90,37 Partendo da un valore pari al 85,73% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 4,64	5%	
9	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAf	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	93,07 Partendo da un valore pari al 86,14% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 6,93	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO ACQUISTI E GESTIONE PATRIMONIALE
DR. CARLO CONTINISTRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	<p>Publicazioni dei bandi di gara con indicati: Codice Identificativo Gara (CIG); Struttura proponente; Oggetto del Bando; Procedure di scelta dei contraenti; Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento; Aggiudicatario; Importo di aggiudicazione; Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate;</p>	Publicazioni dei bandi di gara	Si/No	entro il 31/12/2014	15%	
2	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	<p>Tablette riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, procedura di scelta dei contraenti, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)</p>	<p>Publicazione Tabelle riassuntive con informazioni sui contratti relative all'anno precedente</p>	Si/No	entro il 31/12/2014	15%	
3	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	<p>Publicazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti</p>	<p>Publicazione informazioni sul Patrimonio immobiliare</p>	Si/No	entro il 31/12/2014	10%	
4	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	<p>Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti</p>	<p>Publicazione Canoni di locazione o affitto</p>	Si/No	entro il 31/12/2014	10%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP-22	<p>Attivazione di un ambulatorio territoriale per lo scompenso cardiaco, condizionato alla predisposizione di due giornate formative per gli operatori coinvolti da parte del Servizio aziendale di formazione e all'acquisto della strumentazione necessaria</p>	<p>Attivazione ambulatorio</p>	sino salvo mancato verificarsi delle precondizioni	entro il 31/12/2014	20%	Distretto di Carbonia
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	<p>Applicazione previsioni spending review in materia di locazioni passive di immobili</p>	<p>Riduzione contrattuale del valore dei fitti passivi</p>	fitto 2013/fitto 2014	-15% (a partire da agosto 2014)	30%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Generale



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
DR. SSA MARIA MILENA PAU

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Verifica della corretta allocazione del personale nelle strutture e nei CdC	Completamento della verifica e aggiornamento della procedura HR	si/no	entro il 31/12/2014	25%	Servizio Programmazione e Controllo
2	Qualità dei servizi	Predispizioni e di protocolli e linee guida	Prot	Ricognizione dei procedimenti amministrativi di competenza del Servizio con indicazione del responsabile, della modalità per ottenere le informazioni dei procedimenti in corso, del termine di conclusione del procedimento, degli strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, delle modalità per l'erogazione dei pagamenti, dell'autorità sostitutiva, degli atti da allegare e della modulistica, dell'ufficio di riferimento e dei relativi orari e recapiti	Formalizzazione ricognizione	Verifica evidenza della ricognizione	entro il 31/12/2014	20%	
3	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazzioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970)	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale del Codice disciplinare e codice di condotta	Si/No	entro il 31/12/2014	15%	
4	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Elaborazione e pubblicazione ai fini della trasparenza del costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale del costo a tempo indeterminato	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
5	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Rendicontazione ai fini della trasparenza del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale in tabella dei titolari di contratti a tempo determinato	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Elaborazione e pubblicazione ai fini della trasparenza del costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale in tabella del costo del personale a tempo determinato	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
7	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Elaborazione e pubblicazione ai fini della trasparenza dei tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale in tabella dei tassi di assenza	Si/No	entro il 31/12/2014	10%	
8	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Elaborazione e pubblicazione ai fini della trasparenza dell'ammontare complessivo dei premi collegati alle performance stanziati	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale dell'ammontare complessivo dei premi	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
9	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Elaborazione e pubblicazione ai fini della trasparenza dell'ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale dell'ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
10	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Elaborazione e pubblicazione ai fini della trasparenza dell'entità del premio mediamente conseguibile del personale dirigenziale e non dirigenziale	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale dei dati relativi ai premi	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Generale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO CONTABILITA' E BILANCIO
DR. SSA MARGHERITA CANNAS

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Corretta attribuzione del centro di costo nelle fatture passive relative servizi sanitari	% di ripartizione dei servizi sanitari sui centri di costo comuni aziendali	Valore costi servizi sanitari attribuiti a centri di costo comuni aziendali / totale valore costi servizi sanitari	≤ 10%	20%	
2	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Alimentazione e messa a regime della procedura per la realizzazione del registro unico delle fatture per il successivo adempimento di trasmissione dati al MEF dei diversi tracciati (ricezione, contabilizzazione, scadenze e pagamenti)	Invio dei tracciati al MEF	Verifica evidenza invio tracciati	(100% da settembre)	20%	
3	Qualità dei servizi	Predisposizione e protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di una procedura per la gestione dei finanziamenti in c/capitale che consenta di monitorare la tempistica di gestione e svolgimento delle fasi in modo da evitare la perenzione delle somme	Predisposizione della procedura e presentazione alla Direzione Generale	Si/No	entro il 31/12/2014	10%	Servizio Tecnico logistico manutentivo
4	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Riaccontamento crediti vs soggetti pubblici	Percentuale di riaccontamento	Crediti vs sogg. Pubbl riaccontati / tot crediti vs sogg pubbl.	80%	20%	
5	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Potenziamento del Processo di digitalizzazione del Ciclo Passivo	Riduzione giorni di Differenza tra data di protocollo e di registrazione della fattura passiva	Media (data di protocollo - data di registrazione)	< 2013	20%	
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Potenziamento del Processo di digitalizzazione del Ciclo Passivo	Caricamento delle scansioni digitali delle fatture passive in procedura SISAR AMC	n° fatture allegate/n° fatture registrate	(100% da settembre)	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO TECNICO LOGISTICO MANUTENTIVO
ING. BRUNELLO VACCA

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Publicazione Avvisi, bandi ed inviti	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
2	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprastoglia comunitaria	Publicazione Avvisi, bandi ed inviti	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
3	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	Publicazione Avvisi, bandi ed inviti	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
4	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Documenti di programmazione, anche pluriennale, delle opere pubbliche di competenza dell'amministrazione	Publicazione documenti di programmazione	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
5	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Relazioni annuali politiche aziendali di gestione del patrimonio immobiliare	Publicazione relazioni annuali	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate	Publicazione informazioni sui tempi di realizzazione delle opere pubbliche	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
7	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche completate	Publicazione informazioni sui costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
8	Qualità dei servizi	Predisposizioni e protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di una procedura per la gestione dei finanziamenti in c/capitale che consenta di monitorare la tempistica di gestione e svolgimento delle fasi in modo da evitare la perenzione delle somme	Predisposizione della procedura e presentazione alla Direzione Generale	Si/No	entro il 31/12/2014	10%	Servizio Bilancio
9	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione appalto lavori Case della Salute	n° collaudi lavori	n° collaudi	≥ 1	15%	
10	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione appalto lavori completamento P.O. CTO	% completamento lavori nel 2014	valore lavori realizzati/totale valore intervento	≥ 90%	15%	
11	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione appalto lavori blocco operatorio P.O. C.T.O.	% completamento lavori nel 2014	valore lavori realizzati/totale valore intervento	≥ 70%	15%	
12	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione lavori realizzazione impianto fotovoltaico P.O. SiraI e P.O. Santa Barbara	% completamento lavori nel 2014	valore lavori realizzati/totale valore intervento	100%	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

2014



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO
DR. SSA M. TERESA GALDIERI

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza a	Appropriatezza Prestazioni	AP.2	Azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e analisi della reportistica	Invio reportistica alle unità operative con dettaglio per classe merceologica per le unità con maggiore incremento (+10%) di spesa	Sì/No	100%	25%	
2	Appropriatezza a	Appropriatezza Prestazioni	AP.3	Controllo a campione sull'appropriatezza prescrittiva del personale medico delle Unità Operative Ospedaliere per specifiche categorie di farmaci ad alto impatto economico o di inappropriatezza (da individuare in condivisione con altre UU.OO./Direzioni sanitarie)	Percentuale delle prescrizioni farmaceutiche esaminate	n° prescrizioni farmaceutiche esaminate/n° prescrizioni effettuate	70%	20%	
3	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.12	Monitoraggio gestione armadi di reparto	invio report di utilizzo degli armadietti	n° report trimestrali	4	25%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.19	Attivazione richiesta di rimborso per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	Percentuale delle richieste effettuate	n° rimborsi richiesti/n° schede chiuse	100%	15%	
5	Monitoraggio spesa farmaceutica	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.1	Assolvimento degli adempimenti previsti dal nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Monitoraggio dei flussi elaborati dal servizio informativo	Verifica completezza dei flussi informativi relativi ai file ministeriali: CMO e file F	Sì/No	100%	5%	
6	Monitoraggio spesa farmaceutica	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.10	Dematerializzazione dei documenti del ciclo passivo con inserimento nella procedura AREAS delle scansioni delle bolle	percentuale di scansioni allegata in AREAS a partire dal settembre 2014	numero scansioni nel rispetto dei tempi previsti dalla procedura aziendale per il pagamento delle fatture passive (nota DG prot 430 del 30/01/13)	80%	10%	

08/08/2014

Il Direttore di Struttura

Teresa Galderi

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

[Signature]

CICLO DI BUDGET:

2014

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTI SANITARI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
DR. SSA NINFA DI GARA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.3	Azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e analisi della reportistica	Invio reportistica trimestrale ai MMG e PLS	Sì/no	100%	30%	
2	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.20	Azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e analisi della reportistica	Realizzazione incontri con MMG iper prescrittori	Sì/no	2 entro il 31/12/2014	20%	Distretti Sanitari
3	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.8	Assolvimento degli adempimenti previsti dal nuovo sistema informativo sanitario (NIS). Monitoraggio dei flussi elaborati dal servizio informativo	Verifica completezza dei flussi informativi relativi ai file ministeriali: CMO e file F	Sì/no	100%	5%	
4	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.9	Razionalizzazione spesa farmaceutica con particolare riguardo all'incremento dell'utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe "Statine" in pazienti diabetici	Report di monitoraggio	Sì/no	100%	15%	
5	Qualità dei servizi all'utenza interna ed esterna	UT	UT	Dematerializzazione dei documenti del ciclo passivo con inserimento nella procedura AREAS delle scansioni delle bolle	percentuale di scansioni allegata in AREAS a partire dal settembre 2014	numero scansioni nel rispetto dei tempi previsti dalla procedura aziendale per il pagamento delle fatture passive (nota DG prot.430 del 30/01/13)	80%	10%	
6	Appropriatezza dei prestazioni	AP	AP	Avvio lavori della commissione ex l. 425/96	Convocazione di incontri con evidenza delle iniziative intraprese	Sì/no	100%	20%	

08/08/2014

Il Direttore di Struttura

Ninfa Di Gara

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

2014

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

STAFF DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI
DR. SSA MARIA TERESA GARAU



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Coordinamento e supervisione della mappatura dei processi per la valutazione del rischio corruttivo	Grado di completezza della mappatura	n° unità operative mappate	80%	20%	
2	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Predisposizione e pubblicazione del piano triennale di prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano ai fini della trasparenza	Si/No	entro il 31/12/2014	20%	
3	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Adempimenti predefiniti al monitoraggio dei termini per la conclusione dei procedimenti amministrativi	Redazione dei relativi atti e procedure e controllo relativa applicazione	n° procedimenti monitorati	80%	20%	
4	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	" Progetto digitalizzazione e archiviazione documentale delibere", anni dal 2003 a ritroso fino al 2005	Grado di digitalizzazione banca documentale	n° documenti digitalizzati/n° documenti cartacei	100%	25%	
5	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970)	Pubblicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale del Codice disciplinare e codice di condotta	Si/No	entro il 31/12/2014	15%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

STAFF DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
DR. ANTONELLO CUCCURU



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 CAGLIARI

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Razionalizzazione punti prelievo con attività al sotto di una soglia minima	Predisposizione di una proposta di razionalizzazione	Verifica evidenza della presentazione della proposta alla Direzione Generale	entro il 31/12/2014	20%	
2	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISaR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	DD,mediche di presidio, U.U.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.
3	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna e esterna	UT	Predisposizione del progetto di attivazione del servizio di preospedalizzazione nel P.O. Sifai	Predisposizione e attivazione di un servizio di preospedalizzazione per ricoveri chirurgici programmati	SI / NO	entro il 31/12/2016	15%	DD,mediche di presidio, U.U.OO.del Presidio afferenti al Dipartimento di cure chirurgiche
4	Produzione e gestione	Produttività	P	Nei ambito dell'integrazione ospedale-territorio, avvio della rete aziendale dei sistemi POCT (Point of Care Testing)	Predisposizione di un regolamento generale della rete aziendale di POCT	Verifica evidenza predisposizione regolamento generale	Evidenza invio alla Direzione Generale entro il 31/12/2014	15%	Servizio Laboratorio analisi
5	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot	Elaborazione di una proposta di diminuzione delle prontie disponibilità del personale TSRM nel tre PP.OO. con riferimento al piano elaborato nel 2013	Predisposizione di una proposta da presentare alla Direzione Generale	Verifica evidenza predisposizione regolamento generale	Evidenza invio alla Direzione Generale entro il 31/12/2014	15%	
6	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot	Predisposizione di una proposta di turn over del personale TSRM delle radiodiagnostiche con interessamento di almeno il 50% del personale	Predisposizione di una proposta da presentare alla Direzione Generale	Verifica evidenza predisposizione regolamento generale	Evidenza invio alla Direzione Generale entro il 31/12/2014	20%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

STAFF DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
DR. UGO PORCU



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 Carbonia

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Avvio del sistema autorizzativo per la corretta gestione delle fasi del ciclo passivo secondo lo schema logico-temporale della procedura SISaR	Elaborazione proposta di documento completo di fasi, attori, tempistiche operative da presentare alla Direzione Generale	si/no	entro il 31/12/2014	20%	
2	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Supporto misurazione performance organizzativa	Aggiornamento Piano della Performance 2015-2017	si/no	Entro il 31/01/2015	20%	
3	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Supporto misurazione performance organizzativa	Elaborazione Relazione sulla Performance 2013	Trasmisione bozza alla Direzione Generale ed al NAV	Entro il 31/07/2014	20%	
4	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Pubblicazione ai fini della trasparenza	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
5	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Pubblicazione ai fini della trasparenza della tabella Costi Contabilizzati (LA 2013)	Si/No	entro il 31/12/2014	5%	
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Verifica della corretta allocazione del personale nelle strutture e nei CdC	Completamento della verifica e aggiornamento della procedura HR e verifica scarichi in C.G.	si/no	entro il 31/12/2014	15%	Servizio del Personale
7	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP.23	Predisporre azioni di sensibilizzazione dei MM.M.G. e dei PP.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.M.G. e PP.L.S. con presentazione e discussione di reportistica di accessi a PS, distinti per codici e per medico, con riferimento anche a quelli che hanno generato ricoveri medici brevi	n° incontri	≥ 1	15%	Distretti e Pronto soccorso di Iglesias e Carbonia, Servizio 118

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale