



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA

Deliberazione n. 1484

Adottata dal Direttore Generale in data 22 SET. 2014

Oggetto: Rinnovo e assegnazione obiettivi aziendali per l'anno 2014 – Integrazione della deliberazione del Direttore Generale n. 1312 del 13/08/2014

Premesso che questa ASL con propria deliberazione numero 1312 del 13/08/2014, da intendersi qui integralmente richiamata, ha proceduto alla formale assegnazione degli obiettivi per il 2014 alle strutture interessate;

Dato atto che nella richiamata deliberazione sono ampiamente esplicitate le ragioni di carattere straordinario che hanno comportato uno slittamento della tempistica ordinaria del percorso di budget;

Ritenuto per completezza, che fra tali straordinarie cause sia qui opportuno ricordare in particolare la fase di profonda revisione organizzativa e strutturale rappresentata nel nuovo atto aziendale di questa ASL, che è stato adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 19 del 10/01/2013 e sottoposto all'esame della Giunta Regionale e che pareva avviarsi alla formale conclusione dell'iter di approvazione all'inizio del corrente anno (vedasi la d.G.R. 4/11 del 5/02/2014 avente ad oggetto "indirizzi in merito all'applicazione dell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Carbonia"), salvo poi subire una formale definitiva sospensione con 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".

Posto che, per i motivi su esposti, nell'imminenza della definizione del quadro organizzativo complessivo appariva quanto mai ragionevole rinviare la negoziazione degli obiettivi, in maniera da renderli coerenti con la nuova articolazione, ma che alla luce della formale sospensione dell'iter di approvazione del nuovo atto aziendale, l'avvio del percorso di budget si è reso non più procrastinabile seppure con l'assetto organizzativo immodificato;

Ribadito che il presente provvedimento non è in contrasto con 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", espressamente nella parte in cui stabilisce la sospensione degli effetti del nuovo atto aziendale, in quanto gli obiettivi assegnati fanno riferimento alle strutture derivanti dal preesistente atto aziendale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 1031 del 9/10/2007.

Precisato ad ogni buon conto per completezza, che il nuovo atto aziendale approvato con deliberazione numero 1312 del 13/08/2014 non ha mai trovato applicazione né svolto alcun effetto;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA

Ricordato che per i motivi su esposti l'avvio della negoziazione è avvenuto con la trasmissione a tutti i responsabili coinvolti del documento di budget, con nota prot. n. 3696 del 16/07/2014, e che il ritardo accumulato ha comportato il prolungamento delle fasi di discussione delle schede sino al periodo estivo avanzato, tipicamente caratterizzato dai congedi ordinari di riposo, in maniera tale che per alcune schede non si era potuto addivenire alla formale sottoscrizione con i responsabili interessati;

Ravvisata la necessità di integrare il precedente atto di assegnazione degli obiettivi, richiamato in oggetto, con le schede a suo tempo non formalizzate;

Ritenuto di dover contestualmente riapprovare alcune schede per provvedere all'integrazione (schede dei Distretti Sanitari) e alla correzione (schede del Servizio di Medicina Riabilitativa del Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara) di alcuni obiettivi;

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;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA

DELIBERA

1. di procedere alla formale assegnazione ai direttori delle strutture che non avevano in precedenza sottoscritto per i motivi esposti in premessa, le schede degli obiettivi per l'anno 2014 e più esattamente: Servizio delle Dipendenze, Emodinamica del P.O. Sirai, Medicina Generale e Neurologia del P.O. Sirai, Servizio di Diagnostica per immagini del P.O. Sirai, Anestesia e Rianimazione dei PP.OO. di Iglesias;
2. di procedere alla riapprovazione per l'aggiornamento degli obiettivi 2014, delle schede delle seguenti strutture: Distretto Sanitario di Iglesias, Distretto Sanitario di Carbonia, Servizio di Medicina Riabilitativa dei PP.OO. aziendali e Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara;
3. di ribadire 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;
4. di allegare alla presente deliberazione una copia di tutte le schede degli obiettivi sottoscritte per il 2014, in maniera tale da rappresentare il quadro aziendale complessivo e aggiornato.

Il Direttore Generale
Dott. Maurizio Calamida



Il Direttore Amministrativo

Dott. Caludio Ferrj
Caludio Ferrj

Il Direttore Sanitario

Dott. Andrea Corrias
Andrea Corrias

Servizio Programmazione e Controllo
Dott. Ugo Porcu



Il Responsabile del Servizio Affari Generali

Attesta che la deliberazione

n. 1684 del 22 SET. 2014

è stata pubblicata

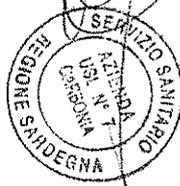
nell'Albo Pretorio della A.S.L. n. 7

a partire dal 24 SET. 2014

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it

Servizio Affari Generali



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTI SANITARI DI CARBONIA E IGLESIAS
SERVIZIO DELLE DIPENDENZE
DR. ROBERTO PIRASTU

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia



N. AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	CODICE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei servizi	Prot	Stesura di protocolli dipartimentali per la gestione condivisa di specifici casi clinici	n° protocolli predisposti	verifica evidenze di predisposizione dei protocolli condivisi	≥ 2	25%	
2	Qualità dei servizi	UT	Sviluppo di azioni in ambito dipartimentale tese a garantire maggiore condivisione	n° azioni di condivisione realizzate	verifica evidenze di realizzazione delle azioni di condivisione	≥ 2	25%	
3	Efficienza organizzativa	TD	Implementazione del sistema di raccolta dati che consente un adeguato livello di analisi dei fabbisogni e delle prescrizioni erogate	Report prodotti	n° di report prodotti dal Dipartimento	≥ 5	25%	
4	Efficienza organizzativa	MSF	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci	Azioni di coinvolgimento con i prescrittori	SI/No	Almeno n° 1 incontro con i medici prescrittori entro il 31/12/2014	25%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P.12	Incremento attività ambulatoriale follow up e delle post-angioplastiche	Percentuale incremento attività ambulatoriale	(N° prestazioni anno 2014 - n° prestazioni anno 2015)/n° prestazioni anno 2013x100	Incremento 5%	20%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P.7	Attivazione di attività di angioplastica delle fistole artero-venose per pazienti dializzati	Prestazioni eseguite	(n° prestazioni eseguite/n° richieste da parte della nefrologia) x 100	100%	20%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P.	Sviluppo di metodiche innovative d'intervento (es. denervazione renale con catetere multi elettrodo, dissezione di occlusioni coronariche croniche / CTO con approccio anterogrado e posterogrado)	Interventi eseguiti	n° interventi	≥3	40%	
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 ≤1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.17	Razionalizzazione spese in rapporto alla complessità delle paziente	Riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	≤ del dato 2013	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
MEDICINA GENERALE
DR. ANTONINO COCCOLO



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuati 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 (diagnostici). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico. ricoveri ordinari medici brevi *100/ totale ricoveri ordinari medici.	Partendo da un valore pari al 34,48% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 23% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 3,83%	10%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	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.	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%	15%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze del Pronto Soccorso	r° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore/r°consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SDO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
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. 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 ordinari.	Partendo da un valore pari al 4,68% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale dello 0,23%	15%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 20	Promuovere la deospedalizzazione attraverso il costante uso della dimissione protetta, per i reparti già coinvolti (medicina e ortopedici)	% dimissioni in RSA	r° dimissioni in RSA / totale dimissioni	≥ 2013	10%	
6	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 effettuato *100/ totale delle visite ambulatoriali.	Forme il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 40% dei pazienti	5%	
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 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
8	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	ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,16 occorre arrivare nel 2014 al target 0,26	5%	
9	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%	
10	Efficienza organizzativa	Temporività 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 emissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di emissione; 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)	83,01 Partendo da un valore pari al 7,02% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 11,99	5%	
11	Efficienza organizzativa	Temporività elaborazione e trasmissione dati	TD 9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatica SISAR	al numeratore sono riportate le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione; al denominatore il totale dei ricoveri	94,36 Partendo da un valore pari al 88,72% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 5,64	5%	

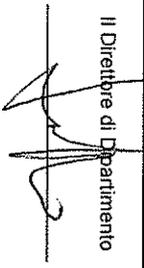
Il Direttore di Struttura

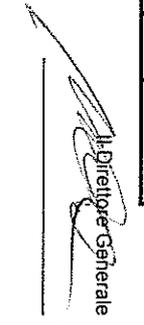
Il Direttore del Dipartimento

Il Direttore Generale

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	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.	4,50%	20%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	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.	Partendo da un valore pari al 52,38% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 17,59 %	20%	
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 SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
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 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 40% dei pazienti (ricoverati o visitati)	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	ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,12 occorre arrivare nel 2014 al target 0,22	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	5 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 storificati 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)	Partendo da un valore pari al 82,17% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 6,42	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 *	Partendo da un valore pari al 87,80% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 6,10	5%	

Il Direttore di Struttura


Il Direttore di Dipartimento


Il Direttore Generale


STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
DR. NAZZARENO PACIFICCO



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Mantenimento attività ambulatoriale per esterni con particolare riferimento alla Tac e all'ecodoppler	Percentuale incremento attività ambulatoriale per esterni	Attività per esterni anno 2014 - Attività per esterni anno 2013/Attività per esterni anno 2013	Incremento rispetto all'anno precedente	10%	
2	Produzione e gestione	Produttività	P	Avvio dell'utilizzo della RMN ad alto campo	aperture agende all'utenza esterna	verifica agende e altre evidenze dell'avvenuto utilizzo	entro il 31/03/2014	20%	
3	Produzione e gestione	Produttività	P	Aumento della complessità media delle prestazioni erogate	Valore medio delle prestazioni	(Val. prest.ni 2014 / num. prest.ni 2014) * (Val. prest.ni 2013 / num. prest.ni 2013)	> 1	15%	
4	Produzione e gestione	Produttività	P	Utilizzo nuova RMN ad alto campo	numero prestazioni di RMN ad alto campo erogate	conteggio prestazioni di RMN erogate per pazienti esterni	≥1.200	10%	
5	Produzione e gestione	Produttività	P	Attivazione della sezione di senologia digitale	% di soddisfazione delle richieste del centro screening	(n° delle richieste del centro screening / n° delle prestazioni eseguite) X 100	100	10%	
6	Produzione e gestione	Produttività	P	Avvio delle procedure interventistiche Senologiche	N° prestazioni erogate	Conteggio delle procedure interventistiche erogate come rilevabili dalle procedure informatizzate	≥10	10%	
7	Produzione e gestione	Gestione organizzativa e logistica	GTM	Avvio operativo completo del nuovo blocco radiologico	(apertura nuova sala d'attesa, attivazione del percorso donna - senologia, MOC, mammografia - avvio della nuova RMN)	Verifica delle evidenze dell'avvio completo del nuovo blocco	entro il 31/12/2014	10%	
8	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.15	Contenimento dei consumi di mezzi di contrasto attraverso l'ottimizzazione di protocolli in TAC e RMN a parità di esami eseguiti nel 2014, considerata la complessità degli esami in particolare per la RMN	Consumo medio ponderato per complessità della prestazione	Costo medio ponderato prestazione 2014/costo medio ponderato prestazione 2013 Calcolato sul rapporto tra le prestazioni erogate ed il consumo di prodotti in CLM 010V08	≤ 1	10%	
9	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	indice di carico/scarico (CS)	quantità media del movimento di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,95<CS< 1,1	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Gestione delle liste d'attesa	GLA.1	Soddisfatti richieste delle sedule operatorie	occupazione oraria della sala operatoria nelle sedule pianificate	Occupazione effettiva per sala per interventi programmati e urgenti / giorni distinti infrasettimanali	2013	20%	
2	Appropriatezza	Gestione delle liste d'attesa	GLA.2	Messa a regime dei protocolli aziendali per la precospedalizzazione	Indice evasione richieste di consulenza anestesiologica	n° richieste consulenze/consulenze eseguite sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO	100% (da settembre)	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/consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
3	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.14	Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera a parità di attività prodotta	Costi medi per farmaci e presidi	Totale costi 2014/n° prestazioni 2014	5 ai costi dell'anno 2014	10%	
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) / valore totale dei movimenti di scarico	0,95 (ICS 51,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
5	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%	
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 stornizzato 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 DI ciclici si considera il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	95% Mantenimento di un valore al di sopra del 95% (valore 2013 98,31)	5%	
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	83,58 Partendo da un valore pari al 67,16% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 15,42	5%	
8	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. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP.OO.

Il Direttore di Struttura,
Quirico Sale

Il Direttore di Dipartimento,
Quirico Sale

Il Direttore Generale,
Quirico Sale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTO SANITARIO DI IGLESIAS
DIREZIONE DI DISTRETTO
DR. MARCO SUI CIS

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 per 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 cronico per evitare in ricovero per ricattizzazione	% di pazienti scompensati presi in carico	N° pazienti presi in carico / n° pazienti residenti nel distretto affetti da scompenso cardiaco	≥ 10%	20%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP 23	Predisporre azioni di sensibilizzazione del MM.M.G. e del P.P.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.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	10%	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	≥ 1	10%	Neuro Psichiatria Infantile
6	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	1 entro il 31/12/2014	5%	Servizio Farmaceutico territoriale
7	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP	Avvio lavori della commissione ex l.425/96	Convocazione di incontri con evidenza delle iniziative intraprese	Sì/no	100%	5%	Servizio Farmaceutico territoriale

Il Direttore di Distretto

Il Direttore Generale



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 per 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, condizionato 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	sì/no 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 del P.P.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.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%	Programmazione e controllo, Pronto soccorso di Iglesias e Carbonia, Servizio 118
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF.20	Azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e analisi della reportistica	Realizzazione incontri con MMG per prescrittori	Sì/no	1 entro il 31/12/2014	5%	Servizio Farmaceutico territoriale
6	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP	Avvio lavori della commissione ex l.425/96	Convocazione di incontri con evidenza delle iniziative intraprese	Sì/no	100%	5%	Servizio Farmaceutico territoriale

Il Direttore di Distretto

Il Direttore Generale I



N	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP.	Valutazione del paziente in carico al terapeuta 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	Produzione e gestione	Produttività	P	Attivazione ambulatorio per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi	sì/no	verifica evidenze apertura ambulatorio	entro il 31/12/2014	25%	
3	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	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	Conteggio 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 ≤ 1,1 (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 (SFP)	valore dei movimenti di scarico a 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 0,00 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	5 del dato 2013	10%	

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 IGLESIAS
PRONTO SOCCORSO
DR. SSA ELISA ZANDA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 Carbonia



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatazza	Appropriatazza 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. Utenstati 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'Ostensione Breve Intervista 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	10,71% (anno 2014) Partendo da un T.O. del 12,45% nel 2013 sui 5 letti (4552,5 accessi teorici), occorre arrivare nell'arco di un triennio al 50%, con un incremento annuo del 12,62% (per il 2014 si calcola per il secondo semestre)	35%	
3	Appropriatazza	Appropriatazza delle prestazioni	AP-22	Predisporre azioni di sensibilizzazione del MM.M.G. e del P.P.L.S. per contenere gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.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	25%	Distretti sanitari, Programmazione e controllo
4	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa sanitaria	MSE-4	Corretta gestione del magazzino farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarchi	Indice di cartolascarcio (ICS) ad intervalla trimestrale	(quantità media del movimento di cartolascarcio/quantità media dei movimenti di scarico) media del rapporto nei trimestri	0,95 (CS ≤ 1,1 sono considerati gli uffici due trimestri dell'anno)	15%	
5	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza in area ad sistema	UT-11	Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna. Verifica del grado di soddisfazione degli utenti	n° quesizionari consegnati con giudizio positivo	n° quesizionari con giudizio positivo / (positivi+negativi+compilati in bianco)	> 80%	10%	

Il Direttore di Struttura
Elisa Zanda

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
DR. GIAN MAURO VINCI

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 CAGLIARI



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 (scuolastiche, 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 flosimiani 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	Proseguimento 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 rilevante)	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, note 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	ProI	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	ProI	Avvio della sperimentazione di dematerializzazione dei processi di lavoro (eventualmente diffusi attraverso l'uso di dispositivi portatili)	n° processi gestiti tramite dispositivo portatile	Evidenza del numero dei processi gestiti	2 1	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore del Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UNITÀ OPERATIVA MEDICINA DELLO SPORT
DR. MARCO MASSENI

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 CAGLIARI



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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	tutela sanitaria 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. Validazione del grado di soddisfazione degli utenti attraverso la compilazione anonima di questionari	n° questionari consegnati con giudizio positivo	n° questionari con giudizio positivo / Totale questionari consegnati (positivi+negativi+compilati in maniera non corretta)	Evidenza di almeno il 90% di gradimento	10%	
5	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Proi	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedure predisposte, formalizzate e comunicate a tutta la struttura	1- premiazione visite per accesso diretto Nel 2015 dovranno essere predisposte altre 9 procedure	20%	

Il Direttore di Struttura

Mario Lecchi

Il Direttore di Dipartimento

Antonio Sanna

Il Direttore Generale

Stefano Cadeddu

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO SANITA' ANIMALE
DR. GIAN NICOLA SANNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 CAGLIARI



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	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 anelli di oltre 24 mesi d'età mai genotipizzati in passato e delle rimorte di sesso maschile del 2013/2014 denunciate al servizio	10%
6	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Procl	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	Procl	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

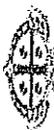
Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SPRESAL
DR ANGELO BIGGIO

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N.7 ORISTANO



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 ritraggimenti 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 o 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

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 al dettaglio.	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 sui 100% delle pratiche	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	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
Michele Palmas

Il Direttore di Dipartimento
Michele Palmas

Il Direttore Generale
Michele Palmas



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 o 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 Dgs 146/2006)	N° schede di verifica	n° schede di verifica effettuato	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 scheda negli allevamenti ovicaprini equini	20%	
5	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Proi	Predisposizione di procedure su i principali processi del Servizio	n° procedure	evidenza di n° procedura predisposte, formalizzate o comunicate a tutta la struttura	n° 2 entro il 2015 devono essere predisposte almeno 7 procedure	10%	
6	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Proi	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	n° 1	10%	

Il Direttore di Struttura
Arca

Il Direttore di Dipartimento
Arca

Il Direttore Generale
Arca

STRUTTURA:

CENTRO DI RESPONSABILITÀ:

DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE PUBBLICA
DR. ANTONIO ONNISREGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CAGLIARI

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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% s 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 barbine 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 patenti 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 archivi/n° residenti nati 2002-2013	90%	10%	
10	Qualità dei Servizi	Definizione protocolli e linee guida	Prot	Gestione telematica della pratica 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

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 Carbonia
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 dei PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

2014

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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

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	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Formazione sul campo degli operatori del soccorso di base da parte dell'intera équipe 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

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTO SANITARIO DI CARBONIA
SERVIZIO DIABETOLOGIA
DRL UNGI VINCS



N.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO CONDIVISIONE			
1	Efficienza organizzativa Monitoraggio della spesa farmaceutica	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)	95% sui nuovi ingressi 30%		
2	Appropriatezza delle prestazioni	AP	Pressa in carico del paziente diabetico cronico con riduzione degli episodi di ospedalizzazione per riacquiescenza	Tasso di ospedalizzazione diabeto globale x 100.000 ab (20-74 anni)	{n° ricoveri per diabete 20-74/ popolazione 20774} 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 28,56,50,75, dimessi con MDC 14 e 15	507100.000 35%		
4	Appropriatezza delle prestazioni	AP	Potenziamiento attività educativa dei pazienti diabetici per un valido autocontrollo	n° piani educazionali eseguiti	n° piani 2014/ n° piani 2013	220%	15%	
3	Appropriatezza delle prestazioni	AP	Prevenzione delle complicanze vascolari del diabete. Potenziamiento esami Eco-Color-Doppler eseguiti direttamente	n° ecocolor diretti eseguiti	n° ecocolor 2014/ n° ecocolor 2013	220%	15%	
5	Efficienza organizzativa	MSF 4	Monitoraggio della spesa farmaceutica	Conrella gestione dei megazini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS)	quantità media del movimento di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,95ICS5 1,1	5%

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DISTRETTO SANITARIO DI IGLESIAS
SERVIZIO DIABETOLOGIA
DR. ANGELO CORDA

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Area Servizi	Non rimborsata nella classificazione farmaceutica	MSF	Razionalizzazione spesa farmaceutica con particolare riguardo all'incremento dell'utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe "Staline"	Percentuale utilizzo di molecole a brevetto scaduto	Utilizzo di molecole a brevetto scaduto anno 2014 / Totale della classe Staline anno 2014 (sui nuovi ingressi)	90% sui nuovi ingressi	25%	
2	Area Servizi	Non rimborsata nella classificazione farmaceutica	MSF	Presenza in carico del paziente diabetico cronico con riduzione degli episodi di ospedalizzazione per ricurizzazione	Tasso di ospedalizzazione diabetici 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, 56, 60, 75, dimessi con MDC 14 e 15	50/100.000	35%	
3	Area Servizi	Non rimborsata nella classificazione farmaceutica	MSF	Attivazione di un servizio telefonico dedicato alle consulenze urgenti	Attivazione del numero	Verifica evidenza attivazione servizio	entro il 31/12/2014	5%	
4	Area Servizi	Non rimborsata nella classificazione farmaceutica	MSF	Educazione di gruppo rivolta 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	28	10%	
5	Area Servizi	Non rimborsata nella classificazione farmaceutica	MSF	Incremento del numero degli assistiti in assenza di liste d'attesa	% assistiti	assistiti 2014/assistiti 2013	10%	20%	
6	Area Servizi	Non rimborsata nella classificazione farmaceutica	MSF	Corretta gestione dei magazzino farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi	Indice di carico/scarico (ICS)	quantità media del movimento di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,94ICS5 1,1	5%	

Il Direttore di Struttura

Angelo Corda

Il Direttore di Distretto

Il Direttore Generale

Angelo Corda



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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

N.	AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	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	Considerando il valore di: 4,81% del 2013 l'obiettivo è di mantenimento pari o al di sopra del valore target del 2015 ≥ 4%	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% del 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	AP In relazione al controllo a campione sull'appropriatezza dei ricoveri e considerati i livelli di inappropriata rilevati il precedente esercizio, vigilare sulla corretta gestione di casi a rischio in termini di ricoveri medici brevi e/o ricoveri ripetuti	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 *) 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	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%	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	Organizzazione simulazione di un'evacuazione	sì/no,	entro il 31/12/2014	15%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP Predisposizione di un percorso ambulatoriale condiviso per le prestazioni diagnostiche in pazienti in età evolutiva alternativo all'ospedalizzazione	Predisposizione percorso ambulatoriale	sì/no	entro il 31/12/2014	30%	UU.OO. Di Radiodiagnostica, di Anestesia e Rianimazione, di Neuropsichiatria infantile
4	Qualità dei servizi	Predisposizione di protocolli e linee guida	PRROT Supporto alle UUO del Dipartimento di cure Chirurgiche per la redazione del regolamento per la gestione della sala operatoria 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%	UU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSP 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	0,94155 ± 1,1		5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale


 STRUTTURA:
 CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
 DIRETTORE DI STRUTTURA:

 PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
 DR. SERGIO PILI

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO DI BUDGET	INDICATORE	MODALITÀ 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 appropriatezza rilevati il precedente esercizio, vigilare sulla corretta gestione di casi a rischio in termini di ricoveri medici brevi e/o ricoveri ripetuti	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	Partendo da un valore pari al 4,49% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4%	5%	Priorità soccorso e reparti con degenza 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	sì/no	entro il 31/12/2014	15%	U.O. di Pronto Soccorso
3	Qualità dei servizi	Orientamento all'utenza interna e esterna	Predisposizione del progetto di attivazione del servizio di preospedalizzazione nel P.O. Sirai	Predisposizione e attivazione di un servizio di preospedalizzazione per ricoveri chirurgici programmati	sì/no	entro il 31/12/2014	30%	U.O. di Pronto Soccorso
4	Qualità dei servizi	Predisposizione di protocolli e linee guida	Supporto alle 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 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.O. 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	quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,95/CS5 1,1	5%	5%	

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	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	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 rivolti da PS)	Al numeratore sono riportati i casi generali da inviati da PS (compresi dimessi da OBI e dopo consultanza) che generano ricoveri ordinari medici brevi; al denominatore il totale dei ricoveri ordinari medici brevi del P.O. (traslati per il PS)	Partendo dal dato annuale 2013 del 38,26% di ricoveri ordinari medici brevi traslati per il da PS, occorre arrivare nel 2014 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 P.L. 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 (0212,5 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 del MM.M.G. e del P.P. L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.M.G. e P.P. L.S. con presentazione e discussione di reportistica di accessi a PS, distinti per codice 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 nel trimestre	0,94 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 materia)	>60%	5%	

Il Direttore di Struttura
[Signature]

Il Direttore di Dipartimento
[Signature]

Il Direttore Generale
[Signature]

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO SPEDALIERI DI CARBONIA E IGLIASAS
ONCOLOGIA
DR. LUCIANO VIRDIS

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	CCD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIZIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Ridurre l'ufficio della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenze dal 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 effettuato /100* totale dei ricoveri,	Fonte il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 50% dei pazienti ricoverati	10%	
3	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 18	Monitoraggio farmaci oncologici sottoposti a controllo AIFA	Completazione delle schede AIFA	Percentuale delle schede chiuse sul totale delle prescrizioni	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 scarico) / (quantità media dei movimenti di carico) / valore medio dei movimenti di scarico	0,95 ICS 51,1 (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 calcolabile in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica 010	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	5 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 di 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 55% entro il 2015, con un incremento per anno del 4,26	10%	
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 SISAR	il 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 42,53	10%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore del Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGL-ESIAS
NEFROLOGIA E DIALISI
DR. GIORGIO MIRARCHI



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatazza organizzativa	Appropriatazza 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.	34,06%	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.	Fonte 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 scari	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%	
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	ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,21 occorre arrivare nel 2014 al target 0,31 (Budgeto 0,80 Carbonia 0,13 Cagliari 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 nei P.O. Santa Barbara / costo medio diretto variabile per prestazione nel P.O. Sirci (nel 2013 il costo medio per prestazione del P.O. Sirci è stato di € 71,30 di cui € 25,77 per acquisto farmaci)	51,05	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 storicizzate a 15 giorni dalla data di 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 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	58,45 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 Prelevi in Nefrologia 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

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
PEDIATRIA
DR. MARIO BANDIERA



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	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.	23,00%	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 del Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	P.8	Aumento produttività di attività di specialistica 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 effettuata *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 nel trimestre	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 010	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	74,38	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 valido o stornizzato a 15 giorni dalla data di dimissione	si 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)	Partendo da un valore pari al 53,76% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 20,62	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 SISR	al numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	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

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTO STRATEGICO	COG.	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	Al numeratore i 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.	Partendo da un valore pari al 26,82% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi sbalzarlo 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 consulenza da PS avvisa entro 2 ore/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	Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad anni precedenti, stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra re-ricovero e precedente dimissione ≤ 30 gg. Al denominatore	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	MSP 11	Distribuzione del primo ciclo di terapia farmaceutica	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia farmaceutica *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	MSP 4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto in riferimento al punteggiato 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	0,95 ICS ±1,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSP 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 Q10	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	MSP 17	Razionalizzazione spesa	riduzione del costo medio diretto variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	5 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 di dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al denominatore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri di riciclo si considera il 31/12, per i ricoveri di non riciclo 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 informatica SISR	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 57,33% 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	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatizza	Appropriatizza 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.	23,00%	5%	
2	Appropriatizza	Appropriatizza 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° procedure 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 51,1 (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	5 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 valido o scaricate a 15 giorni dalla data di 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)	56,72 Partendo da un valore pari al 18,43% nel 2013 occorre arrivare al 55% 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	98,47 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	OGGETTIVO STRATEGICO	COO.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	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	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	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%	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.	17,00%	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consulenza dal Pronto Soccorso	n° richieste consultanze da PS, causa entro 2 ore dal concepimento a seguito (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SDO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF-11	Distribuzione del piano ciclo di terapia in dimissioni ospedaliere a 3 step della visita specialistica ambulatoriale, per una durata di 30 giorni	Percentuale consegna	Numero consegna del piano ciclo di terapia effettuato * 100/ Totale dei ricoveri.	Partendo il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 65% dei pazienti (ricoverati o visitati)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF-9	Correla 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 rimanenti	0,95 ICS 51,1 (sono considerati gli ultimi due mesi 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	Partendo da un valore pari a 0,10 ISFP-2014 = ISFP-2013 + 0,1 Partendo da un valore 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 prestazioni 2014	€ dal dato 2013	10%	
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 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 da non ciclici la data di ricovero)	90,37 Partendo da un valore pari al 65,73% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 4,54	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 Informazzale SISAIR	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 76,28% 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

N	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	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.	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/consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste del Pronto Soccorso dello stesso Presidio) ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC *100/ totale ricoveri in regime ordinario.	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	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 ricoveri ordinario.	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	20%	
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	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.	Fonte: il primo ciclo di terapia in dimissioni ospedaliere o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 30% dei pazienti ricoverati	10%	
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	0,94/CS 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 calcolato in relazione ai prodotti solo la classe merceologica 010	0,32 ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1 Partendo da un valore nel 2013 pari a 0,22 occorre arrivare nel 2014 al target 0,32	5%	
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	Tempistica 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)	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	Tempistica 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



STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI DI IGLESIAS
PRONTO SOCCORSO
DR. SSA ELISA ZANDA

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	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP. 18	Ridurre l'utilizzo della capacita' 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 generali da invi 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. traslati 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 codice 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 scari	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)	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

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRIA
CHIRURGIA GENERALE
DR. SSAIVAMA ANTONELLA PIREDDA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n. 7 Cagliari



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COO.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIZIONE
1	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 10	Reducere l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuati in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri di tipo medico con analisi diagnostiche	ricoveri in DM medico con fascia diagnostica 1007 totale ricoveri in DM 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 (degenza) o 2 (ambulatorio). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico.	Mantenimento dell'indicazione non al di sopra del 23%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Reducere l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinati medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinati medici brevi 1007 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. (ricoveri in Day surgery per I DRG a rischio di inappropriabilità / totale ricoveri ordinati a diurno a rischio di inappropriabilità 1100 (OPCA 2911/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriabilità). Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo chirurgico. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime ordinario a diurno (codice 1 e codice 2) per acuti di tipo chirurgico.	Partendo da un valore pari al 34,67% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi stabilire nel 2014 di un per cento pari al 8,64%.	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 5	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery del DRG a rischio di inappropriabilità	Ricoveri in Day Surgery per I DRG a rischio di inappropriabilità con stessa fascia diagnostica. Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 2) nella medicina d'urto, che hanno capitulo del day precedente stesso codice fascia, stessa MDC, tempo infero da re-ricovero precedente superiore a 30 gg. Al denominatore ricoveri in Day Surgery entro 30 gg con stessa MDC 1007 totale ricoveri in regime ordinario.	Partendo da un valore pari al 75,39% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 67% e quindi stabilire nel 2014 di un per cento pari al 3,97%	10%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 4	Evitare i ricoveri ospedalieri entro 30 giorni per la stessa MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 2) nella medicina d'urto, che hanno capitulo del day precedente stesso codice fascia, stessa MDC, tempo infero da re-ricovero precedente superiore a 30 gg. Al denominatore ricoveri in Day Surgery entro 30 gg con stessa MDC 1007 totale ricoveri in regime ordinario.	Partendo da un valore pari al 5,59% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi stabilire nel 2014 di una percentuale pari al 0,52%	10%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 13	Reducere del numero di ricoveri in regime diurno i ricoveri con controllo ad intervento	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici 1007 totale dimessi da reparti chirurgici.	Partendo da un valore pari al 61,62% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 25% e quindi stabilire nel 2014 di una percentuale pari al 12,21%	10%	
6	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Reducere l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richieste di consultazione dal Piano Soccorso	N° richieste consultazione da PS onese entro 2 ore/4 ore/24 ore/48 ore (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Piano Soccorso dello stesso Presidio).	80% (da stabilire)	5%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 11	Diffusione del primo ciclo di terapia antibiotica ospedaltica per una durata di 30 giorni	Percentuale consegna	Numero consegne del primo ciclo di terapia antibiotica 1007 totale dai ricoveri.	Fornire il primo ciclo di terapia in dimissione ambulatoriale al 30% (29,12%, nel 2013) dai pazienti ricoverabili.	10%	
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 4	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con puntualità e rispetto alle puntuali degli scatti	Indice di soddisfazione (CS) nel servizio farmacia	(qualità media dei movimenti di carico/scarico media del medio del lavoro per turni).	0,95 ICS S1.1 (sono considerati gli ultimi due turni del giorno)	10%	
9	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 16	Corretta gestione dei magazzini farmaceutici (si riparte in riferimento allo scatto del farmacia e paziente)	Indice di scorte farmaci a parterna (SFP)	valore dei movimenti di scorta a parterna / valore totale dei movimenti di scorta	0,10 (SFP 2014 = SFP 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	Tempistica autorizzazione e trasmissione dati	TD 3	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o stornate a 15 giorni dalla data di emissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di emissione, al numeratore il totale dei dimessi. Per i ricoveri DT ed ICS si consideri il 31/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero.	94,40 (SFP da un valore pari al 92,79% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 0,61)	10%	
11	Efficienza Organizzativa	Trasparenza e trasparenza del	TD 9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatica SISAR	si numeratore sono riportati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	94,79 (Partendo da un valore pari al 89,58% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 5,21)	5%	
12	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	FOI 13	Prodotto di un regolamento dipartimentale convalidato per la gestione della sala operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISAR per tutto la fase del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SÌ/NO	entro il 31/12/2014	10%	Dipartimento di cure chirurgiche, Direzione Medicina PP OO

[Signature]
Direttore di Struttura

[Signature]
Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIZIONE
1	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuati in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri diurni medici con finalità diagnostiche	ricoveri in DM medico con finalità diagnostiche *100/ totale ricoveri in DM medico. Al numeratore i ricoveri in regime diurno per acute (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 acute di tipo medico. ricoveri di altri medici diversi *100/ totale ricoveri di altri medici.	Partendo da un valore pari a 36,67% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 22% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 4,56% 23,72%	15%	
2	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri ambulatoriali	Percentuale ricoveri ambulatoriali medici brevi ad accesso diretto	Al numeratore i ricoveri ambulatoriali per ricoveri con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1 e 2 giorni con accesso diretto in rapporto al denominatore totale dei ricoveri ambulatoriali medici con accesso diretto in regime diurno.	Partendo da un valore pari a 34,92% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 8,75% 5,66%	15%	
3	Appropriabilità	Appropriabilità 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 diurno. Al numeratore i ricoveri per acute prodotti in regime diurno (codice 1) nella medicina standard, che hanno rispetto ad altri precedenti stesso codice fiscale, stessa MDC, tempo intercorso tra le ricoveri e precedente dimissione > 30 gg. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno.	Partendo da un valore pari al 91% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 49% e quindi abbattere nel 2014 di una percentuale del 1,57% 89% (da settembre)	10%	
4	Appropriabilità	Appropriabilità 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 n.assi entro 2 ore/totalmente coperte (sono menzionate le prestazioni registrate al pronto soccorso, SIO, richieste del Pronto Soccorso della stessa struttura).	Evitare il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 25% dei pazienti (ricoverati o visitati)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa sanitaria	MSF-11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale, per una durata di 30 giorni.	Percentuale esenzione	Numero carteggiato del primo ciclo di terapia effettuato *100/ totale delle visite ambulatoriali	Evitare il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera o a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 25% dei pazienti (ricoverati o visitati)	10%	
6	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa sanitaria	MSF-4	Conferma gestione del magazzino farmaceutici di reparto con partecipazione all'acquisto sui parametri degli scatti	Indice di criticità (CS) ad intervista trimestrale	(quantità medica dei movimenti di carico/quantità medica dei movimenti di scarico) media del trimestre nei tre mesi	(zona contenziosi gratuiti due trimestri del biennio) 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%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della spesa sanitaria	MSF-16	Conferma gestione del magazzino farmaceutici di reparto in riferimento allo scatto dei farmaci a paziente.	Indice di criticità (CS) ad intervista trimestrale	valore dei movimenti di carico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai propositi sono da dare merito a 0,10	Partendo da un valore pari a 81,48% nel 2013 occorre arrivare al 55% entro il 2015, con un incremento per anno del 6,78% 88,24	5%	
8	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TO-8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato e sottoscritto a 15 giorni dalla data di emissione	il numeratore sono i pazienti in SDO validati entro 15 giorni dalla data di dimissione, al denominatore il totale dei pazienti. (Per i ricoveri in DM ciclici al computo il 31/1/12, per i ricoveri di non ciclici la data di ricovero)	Partendo da un valore pari al 82,67% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 8,10% 91,30	5%	
9	Efficienza organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TO-9	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate reperibili su procedura informatizzata SIRIA	al numeratore sono i pazienti in SDO per la quale è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	Partendo da un valore pari al 82,67% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento per anno del 8,10% 91,30	5%	
10	Qualità dei servizi	Definizione Protocollo e linee guida	PIA-13	Preposizione di un regolamento dipartimentale candidato per la gestione concreta della procedura informatizzata SIRIA per tutto il territorio del processo operatorio.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SII NO	entro il 31/1/2014	15%	U.O.O. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzione Medica P.P.O.O.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-10	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accorciamenti ottenibili in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri ordinari medici con finalità diagnostica	Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - 1000 totale ricoveri in DH medico. Al numeratore ricoveri in regime diurno per ricoveri codice 2) con DRG di tipo medico con codice del motivo del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore ricoveri ordinari medici brevi 1000 totale ricoveri ordinari medici. Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con codice 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. Ricoveri in Day surgery per I DRG a rischio di inappropriabilità / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriabilità / 1000 (DPCM 28/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriabilità).	Parlando 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	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri ambulatoriali	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi nel accesso diretto	Ricoveri in Day surgery per I DRG a rischio di inappropriabilità / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriabilità / 1000 (DPCM 28/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriabilità).	Mantenimento fino al 2015 di un valore inferiore al 17%.	5%	
3	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-6	Valutare l'appropriabilità nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery dal DRG a rischio di inappropriabilità	Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo chirurgico. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno ordinario o diurno (codice 1 e codice 2) per acuti di tipo chirurgico. Ricoveri in Day surgery per I DRG a rischio di inappropriabilità / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriabilità / 1000 (DPCM 28/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriabilità).	Parlando da un valore pari al 82,3% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 82% e quindi aumentare nel 2014 di una percentuale del 1,57%.	10%	
4	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-4	Evitare i ricoveri non urgenti entro 30 giorni per la stessa MAC	Percentuale ricoveri entro 30 giorni per la stessa MAC	Ricoveri in Day surgery per I DRG a rischio di inappropriabilità / totale ricoveri (ordinari e diurni) a rischio di inappropriabilità / 1000 (DPCM 28/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriabilità).	Parlando da un valore pari al 10,69% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% e quindi diminuirlo nel 2014 di una percentuale del 2,22%.	10%	
5	Appropriabilità	Appropriabilità prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri ambulatoriali	Indice erogazione richieste di consultazione del Pronto Soccorso	n° richieste consultazione da PS evase entro 2 ore di consultazione (sono menzionate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dalla stessa Piuscusa) Numero cartelle per primo ciclo di terapia oftalmica / 1000 Totale dei ricoveri.	80% (da settembre)	10%	
6	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-11	Distinzione del primo ciclo di terapia in dimissioni ospedaliere	Percentuale consegna	Valore del movimento di scarico a paziente / valore totale del movimento di scarico	Parlare il primo ciclo di terapia in dimissioni ospedaliere al 15% dei pazienti (ricoverati)	5%	
7	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-4	Corretta gestione dei parafarmaci farmaceutici di reparto in riferimento alle puntualità degli scambi	Indice di cartaceo (CS) ed intervisibile telefoniche	(quantità media dei movimenti di scarico) / (movimenti di scarico) / media del rapporto nei mesi.	0,5% (CS e I) (sono considerati i valori due trimestri dell'anno)	10%	
8	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-16	Corretta gestione dei mangiatori farmaceutici di reparto in riferimento alle scadenze dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	Valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale del movimento di scarico	ISFP 2014 = ISFP 2013 + 0,1 Parlando da un valore nel 2013 pari a 0,02 occorre arrivare nel 2014 al target 0,12	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Temporistica elaborazione o trasmissione dati	TD-8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di scheda SDO in stile vecchio o digitalizzato a 15 giorni dalla data di emissione	al numeratore sono ipotizzati la SDO validate entro 15 giorni dalla data di emissione, al numeratore il totale dei dimissioni. (Per i ricoveri DH cioè si consideri il 31/12 per i ricoveri di non ciclici la data del ricovero)	78,41 Parlando da un valore pari al 63,82% nel 2013 occorre arrivare al 55% entro il 2015, con un incremento pari anno del 15,59	5%	
10	Efficienza Organizzativa	Temporistica elaborazione o trasmissione dati	TD-9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatizzata SISAR	al numeratore sono ipotizzati le SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	63,21 Parlando da un valore pari al 66,41% nel 2013 occorre arrivare al 100% entro il 2015, con un incremento pari anno del 16,79	5%	
11	Qualità dei servizi	Definizione Progetti a fine Guida	Prd-13	Progettazione di un regolamento di gestione e controllo per la procedura di espansione l'attuale controllo e controllo della procedura SISAR per tutti le fasi della pratica operativa.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	U.O. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzione Medica PP.OO.

Il Direttore di Struttura
Giuseppe Santefemia

Il Direttore di Dipartimento
Giuseppe Santefemia

Il Direttore Generale
Giuseppe Santefemia

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 effettuati in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri durmi in modo 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. ricoveri ordinari medici brevi * 100/ totale ricoveri ordinari medici.	Mantenimento dell'indicatore inferiore al 23%	5%	
2	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	Al numeratore ricoveri ordinari per acuti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1, 2, 3 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	Partendo da un valore pari al 69,57% 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 prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP-6	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 prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP-5	Fatture ferme over-65 entro 48 ore	Percentuale incremento attività chirurgica in pazienti target	Percentuale di interventi effettuati entro 48 ore / totale interventi su pazienti target (interventi con ICD9-CM 7905,7915,7925,7935,7945,7955)	35%	5%	
5	Appropriatezza prestazioni	Appropriatezza prestazioni	AP-19	Promuovere la deospedalizzazione attraverso il costante uso della dimissione protetta, per i reparti già coinvolgibili (medica e oncologica)	% dimissioni in RSA	N° dimissioni in RSA / totale dimissioni	>= 2013	10%	Direzione di distretto
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 consultate da PS evase entro 2 ore in consultazione eseguite (sono moltiplicate le prestazioni registrate su procedura SDO, ricevute dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	90% (da settembre)	10%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF-11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione separata per una durata di 30 giorni.	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuate *100/Totale dei ricoveri.	Farne il primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera e a seguito di visita specialistica ambulatoriale al 50% dei pazienti	10%	
8	Efficienza organizzativa	Monitoraggio della 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	0,95 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 calcolato in relazione ai prodotti sotto la classe merceologica O10	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	Tempistiche elaborazione e trasmissione dati	TO-8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato valido o storicizzate a 15 giorni dalla data di emissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di emissione, al numeratore il totale dei dimessi. Per i ricoveri DRG ciclici si considera il 3/1/12, per i ricoveri di 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	Tempistiche elaborazione e trasmissione dati	TO-9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate leggibile 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	89,53 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	Pro. 13	Predeposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della visita operatoria, che preveda espressamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operativo.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI/NO	entro il 31/12/2014	15%	LU CO, del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP CO

Il Direttore di Struttura
Brunello Gardeo

Il Direttore di Dipartimento
Antonella della Sandozia

Il Direttore Generale
Antonio Cottolera

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
DR. SSA TIZIANA SERCI

REGIONE AUTONOMA PIEMONTE
ASL N° 7 CUNEO



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	Gestione delle liste d'attesa	GLA.1	Soddisfatto richieste delle sedute operatore	occupazione oraria della sala operatoria nelle sedute pianificate	Occupazione effettiva per sala per interventi programmati e urgenti / giorni disponibili infrasettimanali	> 2013	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	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF.14	Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera a parità di attività prodotta	Costi medi per farmaci e presidi	Totale costi 2014/n° prestazioni 2014	≤ ai costi dell'anno 2013	15%	
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	0,95 ICS 51,1 (sono considerati gli utenti due trimestri dell'anno)	15%	
5	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	0,15 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	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato validato o storicizzate a 15 giorni dalla data di emissione	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 di non ciclici la data di ricovero)	65,50 Partendo da un valore pari al 36,00% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 29,50	5%	
7	Efficienza Organizzativa	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.9	Compilazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate su procedura informatica 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%	
8	Qualità dei servizi	Orientamento attività interna ed esterna	UT.8	Predisposizione del progetto di attivazione della prepedalizzazione nel P.O. Sirai	Predisposizione e attivazione di un servizio di prepedalizzazione per ricoveri chirurgici programmati	SI/NO	entro il 31/12/2014	10%	U.U.O.O. Del presidio afferenti al Dipartimento di Cure chirurgiche, Direzione Medica P.O. Sirai
9	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot.13	Predisposizione di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione espressamente l'utilizzo completo e controllo della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operativo.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI/NO	entro il 31/12/2014	15%	U.U.O.O. 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 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%	5%	
2	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 6	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery del DRG a rischio di inappropriatezza	ricoveri in Day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza / (totale ricoveri (ordinari e acuti) a rischio di inappropriatezza * 100) (OPCM 29/11/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriatezza)	Partendo da un valore pari al 83,52% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 87% e quindi aumentare nel 2013 di una percentuale del 1,18%	20%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 4	Evitare i ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa patologia MDC	Percentuale re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno rispetto ad altri precedenti: stesso codice fiscale, stesso 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.	Partendo da un valore pari al 5,91% nel 2012 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 4% o quindi diminuire nel 2014 di una percentuale dello 0,64%	10%	
4	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP 11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice evasione richiesta di consulenza del Pronto Soccorso	Il richiama consultato da PS evase entro 2 ore in consulenze esigue (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dallo stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF 11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegnate	Numero consegnate del primo ciclo di terapia effettuato 100/ Totale del ricovero.	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 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	0,94 ICS si 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	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%	
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 sincronizzato a 15 giorni dalla data dimissionaria	al numeratore sono ripartiti la SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione; al numeratore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DH Guida si considera il 31/12, per i ricoveri DR non ciclici la data di ricovero)	70,34 Partendo da un valore pari al 45,68% 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 ripartiti 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 informatizzato SISAR per tutte le fasi del processo operatorio.	Presentazione documento alle Direzioni Sanitarie Aziendali	SI / NO	entno il 31/12/2014	15%	UV.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche FP OO.

Direttore di Struttura

Direttore di Dipartimento

Al Direttore Generale

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COO	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PERIO	CONDIVISIONE
1	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 10	Ridurre l'indice della capacità ricettiva per accertamenti effettuati in via ambulatoriale	Percentuale ricoveri fuori letto con fascia diagnostica	Al numeratore ricoveri in regime diurno per scab (codice 2) con DRG di tipo medico con codice del maino del ricovero in regime diurno pari a 1 (ambulatorio). Al denominatore totale dei ricoveri in regime diurno per scab di tipo medico.	23,00%	5%	
2	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri medicali	Percentuale ricoveri ordinari medicali fuori letto ad accesso diurno	Al numeratore ricoveri ordinari per scab con DRG di tipo medico con codice del maino del ricovero in regime diurno pari a 1 e 2 giorni con accesso diurno in regime diurno, al denominatore tutti i ricoveri ordinari medicali con accesso diurno in regime diurno.	20,00%	10%	
3	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 8	Appropriata e appropriata nel sistema di risposta assistenziale	Percentuale di ricoveri in Day Surgery del DRG 2 medico di inappropriatezza	Ricoveri in Day Surgery per i DRG di medico di inappropriatezza / (totali ricoveri (Biossili e dentali) a rischio di inappropriatezza) * 100 (DRG: 29117201 - Senno 42 DRG a rischio inappropriatezza)	83,50%	10%	
4	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 4	Evitare i ricoveri (spesa entro 30 giorni per la stessa MODC	Percentuale di ricoveri entro 30 giorni per la stessa MODC	Al numeratore ricoveri in regime diurno per scab (codice 2) con DRG di tipo chirurgico, al denominatore i ricoveri con ricoveri in regime diurno e giorno (codice 1 e codice 2) per scab di tipo chirurgico.	4,30%	10%	
5	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 10	Riduzione del numero di ricoveri in letto chirurgici non curabili o riterminati	Percentuale di DRG medico ammessi da ricoveri chirurgici	Al numeratore ricoveri per scab prodotti in regime diurno (codice 1) in regime diurno, al denominatore i ricoveri con ricoveri in regime diurno e giorno (codice 1 e codice 2) per scab di tipo chirurgico.	26,71%	10%	
6	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 11	Ridurre l'indice della capacità ricettiva per ricoveri medicali	Indice di ricoveri medicali in consultazione del Pronto Soccorso	Al numeratore ricoveri per scab prodotti in regime diurno (codice 1) in regime diurno, al denominatore i ricoveri con ricoveri in regime diurno e giorno (codice 1 e codice 2) per scab di tipo chirurgico.	89% (da settembre)	10%	
7	Efficacia Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 11	Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 30 giorni.	Percentuale completa	Numero complete del primo ciclo di terapia (farmaci "100%") / (numero totale dei ricoveri "100%") * 100 (farmaci "100%" sono i farmaci di cui il primo ciclo di terapia è completo)	75,15%	5%	
8	Efficacia Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 4	Corretta gestione dei ricoveri farmaceutici di ricovero con particolare riferimento ad punteggi degli scambii	Indice di capriciosità (IC5) ad intervento farmaceutico	(somma media dei ricoveri di capriciosità) / (numero totale dei ricoveri) * 100 (farmaci "100%" sono i farmaci di cui il primo ciclo di terapia è completo)	0,94 (ICS 51.1 (senza considerare gli ultimi due farmaci del ricovero))	10%	
8	Efficacia Organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 16	Corretta gestione dei ricoveri farmaceutici di ricovero in riferimento allo scarto dei farmaci a pagamento	Indice di scarto farmaci a pagamento (ISFP)	valore dei movimenti di scarto a pagamento / (valore totale dei ricoveri in riferimento al prodotto scab) * 100 (farmaci "100%" sono i farmaci di cui il primo ciclo di terapia è completo)	0,21 (ISFP_2014 = ISFP_2013 + 0,1) Percentuale di un valore nel 2013 pari a 0,11 (scarto farmaceutico) 2014 e target 0,21	5%	
10	Efficacia Organizzativa	Temporanea elaborazione e trasmissione dati	TD 5	Puntuosità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stile validate e completate a 15 giorni dalla data di emissione	al numeratore sono i ricoveri SDO validate entro 15 giorni dalla data di emissione, al denominatore il totale dei ricoveri (per i ricoveri DRG 2 e codice 1/1/12, per i ricoveri di non codice 1/1/12) * 100	75,15%	5%	
11	Efficacia Organizzativa	Temporanea elaborazione e trasmissione dati	TD 8	Completazione della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate registrate al procedura informatica SISAR	Al numeratore sono i ricoveri SDO per i quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	77,95%	5%	
12	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Pror 13	Prodotto di un regolamento gestionale condatore per la gestione della sala operatoria, che preveda esplicitamente l'utilizzo completo e corretto della procedura informatica SISAR per tutti le fasi del processo operatorio	Presentazione documento dal Direttore Sanitario Aziendale	SI / NO	Pratica di un valore pari al 55,41% nel 2013 e al 100% nel 2014 con un incremento per anno del 44,59%	15%	UUDC del Dipartimento di Chirurgia Generale, Direzione Medica Pr COO

Il Direttore di Struttura
[Firma]

Direttore di Dipartimento
[Firma]

Il Direttore Generale
[Firma]



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 accreditamenti affidabili 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 (tegnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti di tipo medico	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 del 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 (OPCMA 20/1/2001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriata) Al numeratore ricoveri in regime diurno per acuti (codice 2) con DRG di tipo chirurgico. Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per acuti (codice 1 e codice 2) per acuti di tipo chirurgico	81,98% Partendo da un valore pari al 71,56% 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	Al numeratore ricoveri per acuti prodotti in regime ordinario (codice 1) nella medesima struttura, che hanno risalito ad altri precedenti, stesso codice fiscale, 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 RO.	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 35,50% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 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 consultazione del Pronto Soccorso	n° richieste consultazione da PS evase entro 2 ore/consultanze atopole (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste del Pronto Soccorso del P.O. S. Maria Balarca)	80% (da settembre)	10%	
7	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF-4	Controllo gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scambi	Indice di carico/scambio (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di scarico) / (movimenti di scarico) *100 media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS 51,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri 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 solo 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	Temporarietà elibrazione e trasmissione dati	TD-8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato valutarlo o stornizzato a 15 giorni dalla data dimissione	al numeratore sono riportati le SDO valide entro 15 giorni dalla data di dimissione, al denominatore il totale dei dimessi. Per i ricoveri DH ciclici si considerano il 31/12, per i ricoveri da non ciclici la data di ricovero	50% Mantenimento di un valore al di sopra del 80%	5%	
10	Efficienza organizzativa	Temporarietà elibrazione e trasmissione dati	TD-9	Confezionamento della lettera di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate regolarmente 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	57,2 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	Proa-13	Predefinisce di un regolamento dipartimentale condiviso per la gestione della pulizia completa e controllo della procedura informatica SISAR per tutte le fasi del processo operativo.	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria Aziendale	SI / NO	entro il 31/12/2014	15%	UI/OO del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzioni Mediche PP OO.

Il Direttore di Struttura
[Signature]

Il Direttore di Dipartimento
[Signature]

Il Direttore Generale
[Signature]

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO LIGURISAS
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
DR. FRANZESCO AGHEMMA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CAGLIARI



N	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	COMMISSIONE
1	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 11	Ridurre l'indice dati capacità fittizia per ricoveri evitabili	Percentuale ricoveri ordinari medici brevi ad accesso diretto	ricoveri ordinari medici brevi 1000 totale ricoveri ordinari medici: Al numeratore: ricoveri ordinari per nuiti con DRG di tipo medico con durata di degenza pari a 0, 1, 2 giorni con accesso diretto in reparto; al denominatore tutti i ricoveri ordinari medici con accesso diretto in reparto.	Partendo da un valore pari al 42,42% nel 2013 occorre arrivare nel 2015 ad un target pari al 17% o quindi abbattere nel 2014 di una percentuale dell' 12,71%	10%	
2	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 6	Migliorare l'appropriata nel sistema ospedaliero	Percentuale di ricoveri in Day Surgery del 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 (ICPCM 291/12001 - Elenco 42 DRG a rischio inappropriata)	74,65%	20%	
3	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 4	Esitare 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 / 1000 totale ricoveri in regime ordinario	4,09%	10%	
4	Appropriata	Appropriata prestazioni	AP 11	Ridurre l'indice della capacità fittizia per ricoveri evitabili	Indice evasione richiesta di consulenza 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 indicato tra richiesta e precedente dimissione > 30 gg. Al denominatore: n° richiesta consulenza di PS senza arrivo a 2 ore/contenzione ospedaliera (sono esclusi i ricoveri ripetuti su procedura SDO, relativi del Pronto Soccorso del P.O. Santa Barbara)	80% (da settembre)	10%	
5	Efficienza organizzativa	Mantenimento della spesa amministrativa	MSF 11	Controllare la spesa amministrativa	Percentuale emergenze	numero emergenze da primo corso a terapia / totale emergenze	Forma e il primo dato di tempo in dimissione ospedaliera o a regime di visita specialistica specialistica al 40% del passato (ricoveri)	10%	
6	Efficienza organizzativa	Mantenimento della spesa amministrativa	MSF 4	Controllare la spesa amministrativa	Indice di carico ospedaliero (ICS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di cartelle/ospedaliere media dei movimenti di scarico) / media del rapporto nei trimestri	0,95 ICS 51,1 (sono considerati gli ultimi due trimestri dell'anno)	10%	
7	Efficienza organizzativa	Mantenimento della spesa amministrativa	MSF 10	Controllare la spesa amministrativa	Indice di carico ospedaliero (ICS) ad intervallo trimestrale	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico calcolato in relazione ai prodotti sotto la stessa merceologica D10	0,13 ISFP 2014 = ICFP 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	Mantenimento della spesa amministrativa	TD 8	Puntualità della compilazione dei dati della scheda SDO	Percentuale di schede SDO in stato valido o stornate a 15 giorni dalla data di dimissione	il numeratore sono i pazienti in SDO con data di dimissione, al denominatore il totale dei dimessi. (Per i ricoveri DRG che si considerano a 31/12, per i ricoveri di non scelta in data di ricovero)	95% Mantenimento dell'indicatore non al di sopra del 95% (valore 2013 98,29%)	5%	
9	Efficienza organizzativa	Mantenimento della spesa amministrativa	TD 9	Compilazione della lettura di dimissione	Percentuale di lettere di dimissione validate rispetto su procedure informatizzate SDO	al numeratore sono i pazienti in SDO per le quali è stata registrata la lettera di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri	78,26 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	Quantità dei servizi	Deduzione Protocolli o linee guida	Prot. 13	Previdenza espressamente l'utilizzo completo o corretto della procedura informatica SISAR per tutto il ciclo del processo operativo.	Percentuale di documenti alla Direzione Sanitaria Archiviati	SI/NO	entro il 31/12/2014	15%	LU.OO. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzione Medico PP.OO.

Il Direttore di Struttura:

Il Direttore di Dipartimento:

Il Direttore Generale:

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

RESIDUI OSPEDALIERI LESIAS
OCULISTICA
OGGETTIVI ASSIGNATI DIRETTAMENTE ALLA STRUTTURA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CAGLIARI



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COO.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PERCENTUALE	CONDIZIONE
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	Al numeratore i ricoveri in regime diurno per scatti (scatta 2) con DRG di tipo medico con codice del medico del ricovero in regime diurno pari a 1 (diagnostico). Al denominatore il totale dei ricoveri in regime diurno per scatti di tipo medico	38,89% 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 ammessi 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 17,29)	10%	
3	Appropriatezza	Appropriatezza prestazioni	AP-11	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	Indice variazione richiesta di consenso del Pronto Soccorso	n° richieste consulenze da PS evase entro 2 ore / n° consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SDO, 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 / Attività anno 2013	Incremento 10%	10%	
5	Efficienza Organizzativa	Monitoraggio della spesa farmaceutica	MSF-11	Diminuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera per una durata di 50 giorni	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuato * 100 / Totale dei ricoveri	Fornte 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 scatti	Indice di carica/scarico (CS) ad intervallo trimestrale	(quantità media dei movimenti di carico/quantità media dei movimenti di scarico) / media dei rapporti nei trimestri	0,95 (CS < 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 alle scorte dei farmaci a paziente	Indice di scarico farmaci a paziente (ISFP)	valore dei movimenti di scarico a paziente / valore totale dei movimenti di scarico in relazione ai prodotti solo 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	Tempistiche di elaborazione e trasmissione dati	TD-8	Puntualità nella compilazione dei dati della scheda SCO	Percentuale di schede SCO in data valida e storicizzate a 15 giorni dalla dimissione	al numeratore sono riportati le SDO validate entro 15 giorni dalla data di dimissione, al denominatore il totale dei ricoveri, per i ricoveri DH i cicli si considerano il 31/12, per i ricoveri di non cicli la data di ricovero	66,85 Partendo da un valore pari al 38,69% nel 2013 occorre arrivare al 95% entro il 2015, con un incremento per anno del 28,15	5%	
9	Efficienza Organizzativa	Tempistiche di 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	55,01 Partendo da un valore pari al 16,01% 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 esplicitamente 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.O. del Dipartimento di cure chirurgiche, Direzione Mediche PP.OO.

Il Direttore di Struttura

Il Direttore del Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:

CENTRO DI RESPONSABILITÀ:

DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDI OSPEDALIERI DI IGLESAS

SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

DR. CARLO ALDO MONTALDO



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 Costo medio prestazione 2014/costo medio prestazione 2013	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	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	0,95 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	sino	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:

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



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 UU.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 variabile per attività	totale costi diretti 2014 / valore medio prestazione 2014	≤ del dato 2013	5%	

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

CICLO DI BUDGET:

2014

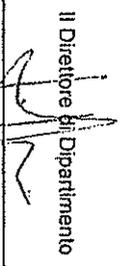
STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

2014
PRESIDI OSPEDALIERI DI CARBONIA E IGLESIAS
CENTRO TRASFUSIONALE - MEDICINA TRASFUSIONALE
DR. ANGELO ZUCCARELLI


REGIONE AUTONOMA DELLA EMILIA ROMAGNA
ASL N. 7 CARPISE

N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OGGETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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				Informizzazione della gestione trasfusionale	Massa a regime delle procedure informatiche relative alla donazione di sangue	Sì/no	entro il 31/12/2013	25%	
3				Miglioramento qualitativo degli emocomponenti e riduzione della mobilità passiva attraverso l'implementazione dell'ateresi produttiva e terapeutica	Ateresi eseguite	Numero ateresi	> 700	25%	
4				Accreditamento istituzionale del centro trasfusionale	Ottimmento accreditamento	sì/no	entro il 31/12/2014	35%	
5				Correlata gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarchi	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


STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI
PSICHIATRIA
DR. ANTONIO LADDOMADA

REGIONE ABRUZZA NELLA SARDEGNA
ASL n° 60/04



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.	26,31%	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%	20%	
3	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 orari* consulenze eseguite (sono monitorate le prestazioni registrate su procedura SIO, richieste dal Pronto Soccorso dello stesso Presidio)	80% (da settembre)	10%	
4	Efficienza organizzativa	Monitoraggio spesa farmaceutica	MSF 11	Disinquinazione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera	Percentuale consegne	Numero consegne del primo ciclo di terapia effettuata * 100/ totale dei ricoveri.	Fonte 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 del movimento di carico/quantità media dei movimenti di scarico	0,99ICSS 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	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	5 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 di 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	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 SISAR	al numeratore sono riportate 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 88,14% 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

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO ACQUISTI E GESTIONE PATRIMONIALE
DR. CARLO CONTINI



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Struttura proponente. Oggetto del Bando: Procedura di scelta del contraente: Elenco degli operatori invitati a presentare offerta/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento; Aggiudicatario, importo di aggiudicazione; Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate;	Publicizzazioni dei bandi di gara	S/No	entro il 31/12/2014	15%	
2	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato ufficiale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (inelo specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerta/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	pubblicazione Tabelle riassuntive con informazioni sui contratti relative all'anno precedente	S/No	entro il 31/12/2014	15%	
3	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Publicizzazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti;	Publicazione informazioni sul Patrimonio Immobiliare	S/No	entro il 31/12/2014	10%	
4	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	QS	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Publicazione Canoni di locazione o affitto	S/No	entro il 31/12/2014	10%	
5	Appropriatezza	Appropriatezza delle prestazioni	AP-22	Attivazione di un ambulatorio territoriale per lo scomparto cardiaco, condizionato alla predisposizione di due giornate lavorative 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	20%	Distretto di Carbonia
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Applicazione previsioni spending review in materia di locazioni passive di immobili	riduzione contrattuale del valore dei fitti passivi	fitti 2013/fitto 2014	-15% (a partire da agosto 2014)	30%	

Il Direttore di Struttura

Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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	sì/no	entro il 31/12/2014	25%	Servizio Programmazione e Controllo
2	Qualità dei servizi	Proposizioni e di protocolli e linee guida	Proi	Ricognizione dei procedimenti amministrativi di competenza del Servizio con indicazione del responsabile delle modalità per ottenere le informazioni dei procedimenti in corso, dei termini di conclusione del procedimento, degli strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale delle modalità per l'effettuazione dei pagamenti, dell'autorità sceltiva, 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 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)	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale del Codice disciplinare e codice di condotta	Sì/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	Sì/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 contatti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporti, 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	Sì/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	Sì/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 dislini per uffici di livello dirigenziale	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale in tabella dei tassi di assenza	Sì/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 alla performance sanzionati	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale dell'ammontare complessivo dei premi	Sì/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	Sì/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 dal personale dirigenziale e non dirigenziale	Publicazione nella sezione trasparenza del sito web aziendale dei dati relativi ai premi	Sì/No	entro il 31/12/2014	5%	

Il Direttore di Struttura
Paolo Lele

Il Direttore Generale

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
SERVIZIO CONTABILITÀ 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	5-10%	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 tempestività di gestione e svolgimento delle fasi in modo da evitare la perenzione delle somme	Predisposizione della procedura e presentazione alla Direzione Generale	Sì/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 riaccertamento	Crediti vs sogg. Pubbl riaccertati / 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 SISR AMC	n° fatture allegate/r 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 VAGGA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 Carboni



N.	AREA STRATEGICA	OGGETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 complete	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 complete	Publicazione informazioni sui costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche	SI/No	entro il 31/12/2014	5%	
8	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 Bilancio
9	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione appalti lavori Case della Salute	n° collaudi lavori	n° collaudi	≥ 1	15%	
10	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione appalti lavori completamento P. O. CTO	% completamento lavori nel 2014	valore lavori realizzati/totale valore intervento	≥ 90%	15%	
11	Produzione e gestione	Produttività	Prot	Esecuzione appalti lavori biacco 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

[Signature]

[Signature]

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Appropriatezza	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	S/NO	100%	25%	
2	Appropriatezza	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 spese farmaceutica	MSF.19	Attivazione richiesta di rimborso per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA	Percentuale delle richieste effettuate	n° rimborsi/richieste/ schede chiuse	100%	15%	
5	Monitoraggio spesa farmaceutica	Tempestività elaborazione e trasmissione dati	TD.1	Assolvimento degli adempimenti previsti dal nuovo sistema informativo sanitario (SIS), Monitoraggio dei flussi elaborati dal servizio informativo	Verifica completezza dei flussi informativi relativi ai file ministeriali: CMO e file F	S/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 allegare 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

M. Teresa Galderi

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale

M. Teresa Galderi

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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 prescittori	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 (NISIS). 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 "Staline" in pazienti diabetici	Report di monitoraggio	Sì/no	100%	15%	
5	Unità dei servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	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	Appropriatezza dei prestazioni	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

[Signature]

Il Direttore di Dipartimento

[Signature]

Il Direttore Generale

[Signature]

STRUTTURA:
CENTRO DI RESPONSABILITA':
DIRETTORE DI STRUTTURA:

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



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIO NE
1	Qualità dei Servizi	Orientamento all'utenza interna ed esterna	UT	Coordinamento e supervisione della mappatura dei processi per la valutazione del rischio costruttivo	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	Sì/No	entro il 31/12/2014	20%	
3	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Adempimenti prepeduetici 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", inizi 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 infrazzioni del codice disciplinare e relativi 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	Sì/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 Carbonia



N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITA' DI CALCOLO	TARGET ASSEGNATO	PESO	CONDIVISIONE
1	Produzione e gestione	Produttività	P	Razionalizzazione punti prelievo con attività al di 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 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%	DD,mediche di presidio, UU.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. Sival	Predisposizione e attivazione di un servizio di preospedalizzazione per ricoveri chirurgici programmati	SI / NO	entro il 31/12/2016	15%	DD,mediche di presidio, UU.OO. del Presidio afferenti al Dipartimento di cure chirurgiche
4	Produzione e gestione	Produttività	P	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	15%	Servizio Laboratorio analisi
5	Qualità dei servizi	Definizione Protocolli e linee guida	Prot	Elaborazione di una proposta di diminuzione delle pronte disponibilità del personale TSRM nei 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 RESPONSABILITÀ:
DIRETTORE DI STRUTTURA:

STAFF DIREZIONE GENERALE
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
DR. UGO PORCU

N.	AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	COD.	DESCRIZIONE OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ 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	sì/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	sì/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	Trasmissione 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	Publicazione ai fini della trasparenza	Sì/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	Publicazione ai fini della trasparenza della tabella Costi Contabilizzati (LA 2013)	Sì/No	entro il 31/12/2014	5%	
6	Produzione e gestione	Gestione amministrativa	GA	Verifica della corretta allocazione del personale nelle strutture e nel CdC	Completamento della verifica e aggiornamento della procedura HR e verifica scarchi in C.G.	sì/no	entro il 31/12/2014	15%	Servizio del Personale
7	Appropriatazza	Appropriatazza delle prestazioni	AP 23	Predisporre azioni di sensibilizzazione del MM.M.G. e del P.P.L.S. per contestare gli accessi inappropriati in PS	n° di incontri con MM.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 e Pronto soccorso di Iglesias e Carbonia, Servizio 118

Il Direttore di Struttura

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Generale