


OBIETTIVI AZIENDALI

ANNO 2016

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	% Peso Obiettivo	Note
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	adempimenti attuati / adempimenti previsti	n.d.	100%	90%	15	
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	adempimenti attuati / adempimenti previsti	n.d.	100%	90%	10	
Monitoraggio per struttura del rispetto adempimenti Piano anticorruzione	gestione comunicazioni relative agli impegni anticorruzione e relazione semestrale alla direzione	n.d.	2 RELAZIONI	1 RELAZIONE	15	
Verifiche a campione sulla sussistenza-permanenza dei requisiti strutturali e organizzativi in capo alle associazioni eroganti il servizio E-U 118	n. associazioni eroganti il servizio E-U 118 verificate / n. associazioni totali eroganti il servizio E-U 118	n.d.	50%	30%	25	
Notifica diffide recupero ticket sanitari riferiti a prestazioni sanitarie anno 2012	n. notifiche / n. anomalie ticket * 100	n.d.	90%	80%	25	
Verifiche propedeutiche alla eventuale modifica procedura di concerto con i Serv. Veterinario, utile a conseguire l'anticipato incameramento dei diritti sanitari ex D.Lvo 194/2008 relativo al settore macellazioni	Regolamento per l'incameramento anticipato dei diritti sanitari ex D.Lvo 194/2008 relativo al settore macellazioni o in caso di impossibilità (normativa) relazione alla Direzione	n.d.	Entro giugno	Entro giugno	10	AA. GG. + Servizi veterinari
					100	

Il Dirigente
Dr. Bernardino Chessa



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	% Peso Obiettivo	Note
Monitoraggio per struttura del rispetto adempimenti Piano trasparenza	verifiche e solleciti alle U.O. ogni quadrimestre sugli adempimenti di competenza relativi alla trasparenza	nd	3	2	20	
	relazione semestrale alla direzione sugli adempimenti relativi alla trasparenza	nd	2 RELAZIONI	1 RELAZIONI	10	
Monitoraggio attività per la garanzia della norma sulla trasparenza	predisposizione ed esposizione all'OV della griglia di rilevazione - allegato 1 alla delibera civit 77/2013 e della Scheda di sintesi sulla rilevazione	nd	entro aprile	entro maggio	10	adempimenti interni al servizio ed esterni
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
Rispetto delle attività programmate attinenti Il Piano della Formazione Aziendale	n° corsi realizzati / n° corsi progettati	nd	90%	80%	20	con "corsi progettati" si intende i corsi per i quali è stata sviluppata la "scheda di progettazione"
Miglioramento qualità dei processi	predisposizione procedura condivisa per la gestione delle richieste di formazione extra-aziendale (SPS - SVRU)	nd	entro luglio	entro luglio	10	
Aggiornamento procedure e modulistica allegate al Manuale qualità della Formazione relative alle prime due fasi del processo formativo: fase di costruzione del PFA e fase di progettazione dei singoli corsi	redazione e utilizzo nuove procedure e modulistica	nd	entro maggio	entro giugno	20	
					100	

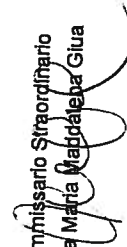
Il Dirigente

Dr. Virgilio Cuccu



Il Commissario Straordinario

Dr. ssa Maria Magdalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	% Peso Obiettivo	Note
Monitoraggio costi del personale dipendente e atipico	relazioni trimestrali sull'andamento dei costi con riferimento al Piano di rientro aziendale	nd	4 RELAZIONI	3 RELAZIONI	15	
Monitoraggio corretta imputazione dei costi aziendali sul nuovo Piano dei Conti con analisi dei dati imputati sul sistema e incontri con le U.O. interessate	Incontri e relazione semestrale	nd	2 RELAZIONI	1 RELAZIONE	15	Programmazione e controllo + Servizio Bilancio
Miglioramento analisi e rendicontazione contabilità analitica in attesa delle linee guida regionali	sviluppo della contabilità analitica per imputazione dei costi diretti e indiretti in tema di onorario del professionista, nel Piano aziendale della ALPI 2016	nd	entro giugno	entro luglio	20	
Governo dei fondi vincolati	Attuare interventi per il miglioramento del governo dei fondi vincolati con la predisposizione di N. report delle spese sostenute/rendicontate a fronte del piano finanziario proposto	nd	2	1	20	condizione/confronto con referenti dei fondi dei dati imputati sul modulo SISAR-BUDGET per fondi vincolati con: a- Finanziamento, b-impegni di spesa, c-residuo finanziamento
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	adempimenti attuali / adempimenti previsti	nd	100%	90%	5	
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	adempimenti attuali / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
Garantire la verifica dell'assolvimento del debito informativo della ASL	verifiche e solleciti alla U.O. per assolvere gli adempimenti relativi ai flussi di competenza con reportistica (quadrimestrale) alla Direzione	nd	3 report	2 report	15	
					100	

Il Dirigente
Dr. Francesco Massa

Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Guà

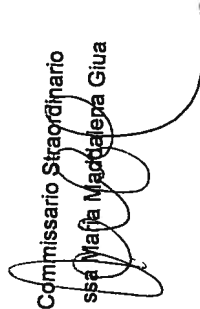
OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	% Peso Obiettivo	Note
Miglioramento continuità ospedale - territorio	elaborazione procedure condivise (SPS - Resp. Qualità - Resp. Distretto/Cure domiciliari, Rep. Cardiologia, Terapia intensiva, Medicina)	nd	n. 3	n. 2	25	Procedure relative a scompenso cardiaco, pazienti critici, pazienti fragili
Miglioramento qualità	n. audit su protocolli e procedure in utilizzo per eventi sentinella (sala operatoria, medicina, chirurgia, ortopedia)	nd	4	3	25	
Monitoraggio personale in servizio	aggiornamenti trimestrali con i dati sulla Unità Operativa e Sede fisica per ciascun operatore	nd	4	3	10	
Verifiche qualità e appropriatezza delle attività erogate presso i centri residenziali e semiresidenziali accreditati	100% delle strutture con n. relazioni alla Direzione	nd	4	3	20	Distretti, Dip. Salute Mentale
Formazione del personale del comparto Decreto 81/2008 di concerto con RSPP	% personale formato	nd	80%	70%	20	
					100	

Il Dirigente

Dr. Pierpaolo Pateri

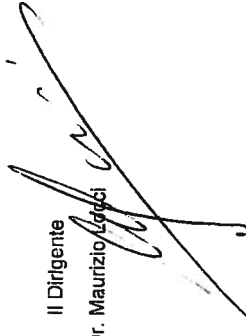


Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua




OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore target 2016	Valore minimo accettabile 2016	% Peso Obiettivo	Note
Verifiche qualità e appropriatezza delle attività erogate presso i centri residenziali e semiresidenziali gestiti da erogatori privati accreditati	relazione trimestrale alla Direzione aziendale	nd	4 RELAZIONI	4 RELAZIONI	15	Condiviso con i Distretti
Incremento attività di controllo ALPI	n. controlli professionisti ALPI / n. totale professionisti ALPI * 100 ; con relazione finale	nd	>= 20% ; con relazione finale	>= 15% ; con relazione finale	15	
Adeguamento Piano Aziendale ALPI alle Linee guida regionali	adeguamento entro		entro 15 giugno	entro 15 luglio	10	
Miglioramento analisi e rendicontazione contabilità analitica in attesa delle linee guida regionali	collaborazione con Serv. Programmazione e controllo per imputazione dei costi diretti e indiretti in tema di onorario del professionista, nel Piano aziendale della ALPI 2016	nd	entro giugno	entro luglio	10	Programmazione e controllo
Attivazione rete della qualità	nomina del responsabile per ogni reparto	nd	giugno 2016	luglio 2016	10	
	predisposizione del Regolamento per la Rete Qualità con Cronoprogramma azioni per l'anno 2016	nd	Regolamento entro giugno, con rispetto del cronoprogramma nel 1° semestre	Regolamento entro giugno, con rispetto del cronoprogramma nel 1° semestre	10	
Monitoraggio costi prescrizioni farmaceutiche territoriali	gestione degli incontri con MMG, Resp. il Farmacia Terr. e Distretti finalizzati al monitoraggio dei costi	nd	2 incontri con il 100% dei prescrittori	2 incontri con il 80% dei prescrittori	15	Farmacia Terr., Distretti.
Miglioramento continuità ospedale - territorio	elaborazione strumento operativo condiviso (SPS) Resp. Qualità - Resp. Distretto - Cardiologia/Medicina	nd	entro settembre	entro ottobre	15	SPS - Resp. Qualità - Resp. Distretto - Cardiologia/Medicina
					100	

Il Dirigente
Dr. Maurizio Locci



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Formulazione di proposte alla Direzione Aziendale per la razionalizzazione delle risorse professionali e tecnologiche in vista della realizzazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale	Predisposizione delle proposte	nd	entro ottobre	entro novembre	40	
Attività di supporto alla Direzione Aziendale nella ricognizione della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere al 30 giugno 2016 in vista della realizzazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale	Realizzazione delle ricognizioni relative all'obiettivo	nd	entro ottobre	entro novembre	60	
					100	

Il Dirigente

Dr.ssa Guglielmina Ortu

Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Nota
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Adempimenti attuati / Adempimenti previsti	nd	100%	90%	15	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	15	
Completamento adesione indicazioni regionali Certificabilità bilancio (PAC)	predisposizione del Regolamento aziendale crediti/ricavi in applicazione linee guida RAS	nd	Entro settembre 2016	Entro novembre 2016	25	
Miglioramento gestione del personale con Areas: supporto alla correzione della matrice di integrazione dei moduli HR e AMC per l'imputazione adeguata dei costi sul nuovo Piano dei conti	integrazione corretta al 100% e operativa	nd	Entro settembre 2016	Entro novembre 2016	5	Risorse umane + Bilancio
Monitoraggio corretta imputazione dei costi aziendali sul nuovo Piano dei Conti con analisi dei dati imputati sul sistema e incontri con le U.O. interessate	incontri e relazione semestrale	nd	2 RELAZIONI	1 RELAZIONE	15	Programmazione e controllo + Bilancio
Certificazione dei debiti presenti nella "Piattaforma Certificazione Crediti" (PCC)	n. certificazioni trasmesse al Coll. Sind. (mensilmente)	nd	9	9	15	
Adesione al SIRECO (Sistema Informativo per la Resa Elettronica Conto giudiziale)	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
					100	

Il Dirigente
Dr. Giampaolo Aroffu

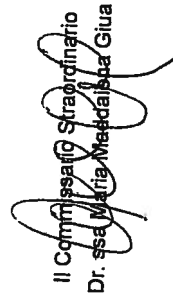
Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Magdalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Adempimenti attuati / Adempimenti previsti	nd	100%	90%	5	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Adempimenti attuati / Adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
Miglioramento processo di programmazione e collaborazione nella omegenizzazione delle richieste di acquisto delle strutture sanitarie	costo acquisti fuori gara 2016 < 2015	nd	- 10%	-7%	15	
Definizione processi gara regionale di competenza (Vaccini Diversi e Antinfluenzali 2015)	procedure gara Vacc. Diversi e Vacc. Antinfluenzali 2015 concluse	nd	entro giugno	entro luglio	10	
	procedure per lotti non aggiudicati gara Vacc. Diversi	nd	entro ottobre	entro novembre	15	
Realizzazione gara regionale antinfluenzale 2016-2017	procedure gara regionale vaccini Antinfluenzali 2016-17	nd	entro novembre	entro dicembre	25	
Stipulare i contratti delle gare d'acquisto concluse gli anni precedenti	contratti stipulati / contratti da realizzare (sulle gare anni precedenti)	nd	100% entro dicembre	80% entro dicembre	20	fornire entro aprile, alla direzione, elenco contratti da realizzare sulle gare anni precedenti
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Gabriella Malliqa



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Medda Giua

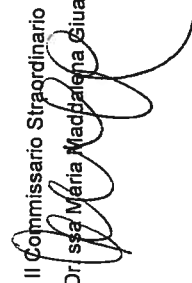


OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Adempimenti attuati / Adempimenti previsti	nd	100%	90%	15	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Adozione misure attuative Piano anticorruzione	nd	100%	90%	15	
Gestione concorsi e selezioni	n. procedure richieste dalla direzione aziendale e concluse / n. procedure richieste della direzione aziendale *100	nd	100%	90%	20	
Miglioramento gestione del personale con Areas: Correzione della matrice di integrazione dei moduli HR e AMC per l'imputazione adeguata dei costi sul nuovo Piano dei conti	integrazione corretta al 100% e operativa	nd	Entro novembre 2016	Entro dicembre 2016	20	Risorse Umane + Bilancio
Predisposizione di database per la gestione dei dati relativi alle limitazioni da medico competente e alla L.104 - verifica scadenze e acquisizione nuovi verbali	aggiornamento semestrale con report alla direzione	nd	2 REPORT	2 REPORT	5	
Miglioramento processo per liquidazione accessorie	pianificare una riduzione delle determine di liquidazione	nd	n. determine 2016 < 2015	n. determine 2016 < 2015	5	
Attribuzione del Fondo di Perequazione ALPI ai dirigenti sanitari che hanno limitata possibilità di svolgere ALPI ai sensi dell'art.57 comma 2 lettera i) del CCNL	liquidazione effettuata entro la mensilità successiva alla prestazione	nd	100%	90%	5	
	pagamento del Fondo di Perequazione	nd	Entro novembre 2016	Entro dicembre 2016	15	
					100	

Il Dirigente



Il Commissario Straordinario
D^{ra} ssa Maria Macchiarena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
Adesione al SIRECO (Sistema Informativo per la Resa Elettronica Conto giudiziale)	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	5	
Attuare, nel rispetto del crono-programma definito, i procedimenti amministrativi previsti per la realizzazione del nuovo Ospedale di San Gavino Monreale e gli interventi finanziati con Fondi Sanitari Comunitari (FSC)	rispetto del cronoprogramma nell'attuazione dei procedimenti e degli interventi previsti	nd	100%	90%	20	Cronoprogramma aggiornato e trasmesso alla Direzione nel mese di Aprile 2016
Indizione gara regionale di competenza (Ossigenoterapia domiciliare)	pubblicazione gara Ossigenoterapia domiciliare	nd	entro settembre	entro settembre	30	
Completare la Ricognizione fisica straordinaria	ricognizione fisica straordinaria conclusa entro	nd	giugno 2016	giugno 2016	20	
Garantire l'aggiornamento continuo del flusso Grandi apparecchiature	monitoraggio continuo con report su inadempienze e/o ritardi su aggiornamento flusso Grandi apparecchiature	nd	3 REPORT (quadrimestrali) con Flusso al 100% entro dicembre	2 REPORT (semestrali) con Flusso al 100% entro dicembre	5	report da inviare al Serv. Programmazione e controllo
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Guglielmina Ortu


Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Macdalenita Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Monitoraggio prescrizioni farmacologiche (note AIFA) alla dimissione del paziente	n. cartelle controllate / n. cartelle totali *100	nd	5%	4%	20	
Monitoraggio sulla completezza dei dati SDO	n. cartelle controllate / n. cartelle totali *100	nd	5%	4%	20	
Monitoraggio sull'appropriatezza dell'attività ospedaliera	relazioni con gli indicatori regionali calcolati ai sensi della DGR 67/16 del 29/12/2015	nd	3	2	15	
Monitoraggio rispetto del debito informativo generato nel presidio ospedaliero	controlli completezza flusso CEDAP	nd	9	7	5	
Verificare la qualità dell'assistenza in conformità agli indicatori del Piano Nazionale Esiti	Avviare un programma strutturato di audit clinici orientato alla qualità dell'assistenza	nd	3 audit (1 per quadrimestre)	2 audit (1 per semestre)	20	
Recepimento, diffusione e verifica attuazione della procedura aziendale sullo smaltimento dei rifiuti	n. verifiche / anno	nd	n. 12	n. 8	10	
Verifica sulla attuazione della procedura di dimissione del paziente critico	% di verifiche effettuate sui pazienti critici dimessi secondo procedura	nd	100 %	90 %	10	tramite assistente sociale
					100	

Il Responsabile
 Dr. ssa Maria Annunziata Baldussi



Il Commissario Straordinario
 Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	10	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	20	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	15	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	15	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine del mese di dimissione /n. cartelle totali dimessi nel mese * 100	nd	97%	90%	10	
Creazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati ospedale - territorio per la gestione di pazienti critici 3° livello	elaborazione strumento operativo condiviso (SPS - Resp.Qualità - Resp. Distretto)	nd	entro settembre	entro ottobre	30	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Giovanna Cabizzosu

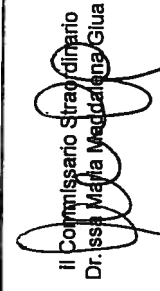
Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Notes
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Appropriatezza della terapia e profilassi antibiotica	costo antibioticoterapia AA 2016 < AA 2015	nd	-8%	-5%	10	
Peso medio DRG	peso medio (DGR 67/16 2015)	nd	peso medio 2016 > peso medio 2015	peso medio 2016 > peso medio 2015	10	
a) Tasso Occupazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2015	72,4	+ 10% rispetto al 2015	+ 10% rispetto al 2015	25	Indicatore calcolato sui letti realmente disponibili (a condizione dell'adeguamento della dotazione infermieristica della sala operatoria)
b) Intervallo Turnover	calcolato sulla base della DGR 67/16 2016	3,3	< rispetto al 2015	< rispetto al 2015	5	
c) Indice Rotazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2017	30,2	> rispetto al 2015	> rispetto al 2015	5	
Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	n. SDO DRG Med. / n. SDO Tot. *100	57,8%	AA 2016 = -10% AA 2015	AA 2016 = -5% AA 2015	5	si intendono esclusi i ricoveri urgenti (transitati al PS)
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine di ciascun mese di dimissione (a partire da aprile) / n. cartelle totali dimessi * 100	nd	97%	90%	5	
Riduzione delle liste d'attesa per interventi chirurgici	giorni medi d'attesa < al dato dell'anno 2015	nd	gg attesa 2016 = - 10% del dato 2015	gg attesa 2016 = - 5% del dato 2015	10	a condizione dell'adeguamento della dotazione infermieristica della sala operatoria
					100	

Il Dirigente
Dr. Raffaele Sechi



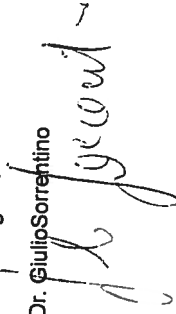
Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giulia



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Percentuale di ricoveri sopra soglia	RO sopra soglia / RO totali *100	4,8%	AA 2016 = -10% AA 2015	AA 2016 = -5% AA 2015	15	
Percentuale ricoveri a rischio inappropriata in DO	n. RO con DRG a rischio di inap. (108 All.B) / n. totale RO *100	30,6%	AA 2016 = -10% AA 2015	AA 2016 = -5% AA 2015	10	
Degenza media trimmata	deg.media trimmata (DGR 67/16 2015)	10,4	- 15% rispetto al 2015	- 10% rispetto al 2015	25	
Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	n. SDO DRG Med. / n. SDO Tot. *100	25,1%	AA 2016 = -10% AA 2015	AA 2016 = -5% AA 2015	5	si intendono esclusi i ricoveri urgenti (transitati al PS)
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine del mese di dimissione / n. cartelle totali dimessi nel mese * 100	nd	97%	90%	5	
Miglioramento esiti degli interventi sanitari valutati con il Programma Nazionale Esiti (PNE)	% fratture del collo del femore trattate entro 48 ore	nd	AA 2016 = +5% AA 2015	AA 2016 = +3% AA 2015	15	
					100	

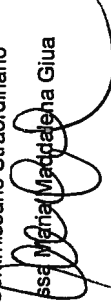
Il Dirigente

Dr. Giulio Sorrentino



Il Commissario Straordinario

Dr. SSA Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Appropriatezza della terapia e profilassi antibiotica	costo antibioticoterapia AA 2016 < AA 2015	nd	-8%	-5%	15	
3 Peso medio DRG	peso medio (DGR 67/16 2015)	0,84	peso medio 2016 > peso medio 2015	peso medio 2016 > peso medio 2015	5	
6.a) Tasso Occupazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2015	71,6	+ 10% rispetto al 2015	+ 10% rispetto al 2015	20	
6.b) Intervallo Turnover	calcolato sulla base della DGR 67/16 2016	2,2	< rispetto al 2015	< rispetto al 2015	5	
6.c) Indice Rotazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2017	47,9	> rispetto al 2015	> rispetto al 2015	5	
8. Percentuale ricoveri a rischio inappropriata in DO	n. RO con DRG a rischio di inap. (108 All.B) / n. totale RO *100	30,3	AA 2016 = -10% AA 2015	AA 2016 = -5% AA 2015	20	
1. Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico-formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
2. Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine del mese di dimissione / n. cartelle totali dimessi nel mese * 100	nd	97%	90%	5	
					100	

Il Dirigente
Dr. Eugenio Mereu



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua

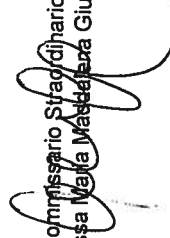


OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	15	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	30	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Avvio della terapia farmacologica al paziente tramite la distribuzione diretta	relazione semestrale sulle attività e risultati	nd	2	1	15	
Governo liste d'attesa per le prestazioni di endoscopia (colonscopia)	Colonscopia: n prestazioni erogate entro 90 gg / n prestazioni totali *100	nd	85%	75%	20	si garantisce il valore atteso con un andamento costante della produzione, in caso di richieste maggiori si rivaluta l'obiettivo
Garanzia delle attività per lo screening del colon retto	n screening / n utenti target	nd	100%	95%	20	
					100	

Il Dirigente
Dr. Stefano Sanna



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	10	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
a) Tasso Occupazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2015	46,9	+ 10% rispetto al 2015	+ 8% rispetto al 2015	15	
b) Intervallo Turnover	calcolato sulla base della DGR 67/16 2016	5	< rispetto al 2015	< rispetto al 2015	5	
c) Indice Rotazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2017	38,8	> rispetto al 2015	> rispetto al 2015	5	
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2016	% 2016 < % 2016	10	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine del mese di dimissione / n. cartelle totali dimessi nel mese * 100	nd	97%	90%	15	
Percentuale ricoveri urgenti brevi	n. RO con deg<2gg Urg. / n. R totali Urg.*100	22,3%	AA 2016 = -20% AA 2015	AA 2016 = -15% AA 2015	15	
Miglioramento esiti degli interventi sanitari valutati con il Programma Nazionale Esiti (PNE)	ricorso al taglio cesareo (primario) % riduzione rispetto all'anno precedente	nd	- 8%	- 5%	10	
					100	

Il Dirigente
Dr. Carlo Tomasi

Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Gestione consumo Antagonisti del recettore per l'angiotensina II (Sartani) e loro associazioni	Unità posologiche sartani C09C+C09D / Unità posologiche gruppo C09	nd	< 40%	< 40%	10	
	Unità posologiche sartani C09C+C09D senza copertura brevettuale (off-patent)	nd	> 90%	> 90%	10	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Percentuale ricoveri a rischio inappropriatezza in DO	n. RO con DRG a rischio di inap. (108 All.B) / n. totale RO *100	26,9%	AA 2016 = -20% AA 2015	AA 2016 = -15% AA 2015	5	obiettivo valido dal momento della autorizzazione per 2 DH cardiologici
a) Tasso Occupazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2015	64,5	+ 10% rispetto al 2015	+ 8% rispetto al 2015	5	Indicatore calcolato sui letti realmente disponibili
b) Intervallo Turnover	calcolato sulla base della DGR 67/16 2016	3,2	< rispetto al 2015	< rispetto al 2015	5	
c) Indice Rotazione	calcolato sulla base della DGR 67/16 2017	40,4	> rispetto al 2015	> rispetto al 2015	5	
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine di ciascun mese di dimissione (a partire da aprile) / n. cartelle totali dimessi * 100	nd	97%	90%	10	
Predisposizione dell'organizzazione di una struttura Diagnostica Aritmologica di 1° livello	nuova struttura organizzativa operativa	nd	entro settembre	entro ottobre	10	
Creazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati ospedale - territorio per la gestione dello scompenso cardiaco	elaborazione strumento operativo condiviso (SPS - Resp.Qualità - Resp. Distretto)	nd	entro settembre	entro ottobre	15	
					100	

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	
Appropriatezza della terapia e profilassi antibiotica	costo antibioticoterapia AA 2016 < AA 2015	nd	-8%	-5%	15	
Riduzione percentuale ricoveri urgenti brevi	Condivisione procedura con il PS per la riduzione dei ricoveri brevi	nd	entro maggio	entro giugno	20	Condiviso con la S.C. Pronto Soccorso
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	10	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	10	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine di ciascun mese di dimissione (a partire da aprile) / n. cartelle totali dimessi * 100	nd	97%	90%	10	
Creazione di percorsi diagnostico terapeutici integrati ospedale - territorio per la gestione dei pazienti fragili	elaborazione strumento operativo condiviso (SPS - Resp.Qualità - Resp. Distretto)	nd	entro settembre	entro ottobre	20	
					100	

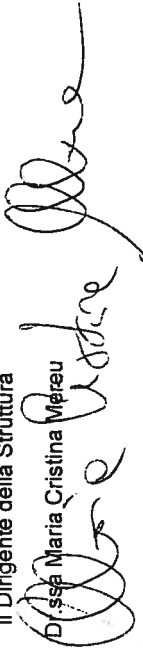
Il Dirigente della Struttura
Dr. Mariano Usai

Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Madalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Gestione consumo dei farmaci biosimilari a minor costo	costo epoetina alfa bios. / costo totale epoetina alfa = 60%; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	60%; se < 60% relazione	60%; se < 60% relazione	50	
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	15	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	
Customer Satisfaction	predisposizione ed invio questionario a tutti i pazienti in dialisi con analisi dei dati e produzione di un report finale	n.d.	Questionario entro giugno, elaborato risultati entro novembre 2016	Questionario entro luglio, elaborato risultati entro dicembre 2016	15	Inviare al Servizio Programmazione e Controllo
Recepimento Linee guida regionali sulla predialisi	elaborazione strumento operativo contestualizzato alla struttura	n.d.	entro giugno	entro luglio	10	
					100	

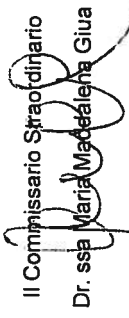
Il Dirigente della Struttura

Dr. ssa Maria Cristina Mereu



Il Commissario Straordinario

Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Gestione consumo dei farmaci biosimilari a minor costo	costo epoetina alfa bios. / costo totale epoetina alfa = 60%; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	60%; se < 60% relazione	60%; se < 60% relazione	20	
	costo filgastrim bios. / costo totale filgastrim = 60%; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	60%; se < 60% relazione	60%; se < 60% relazione	20	
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	10	
Razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici e oncoematologici ad alto costo (DGR 54/11 del 10.11.2016)	Costo medio terapie oncologiche orali dispensate ai pazienti	nd	<= € 7.201	<= € 7.201	10	
	Costo medio terapie oncologiche infusionali e orali somministrate nei reparti	nd	<= € 3.114	<= € 3.114	10	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	5	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle ricoveri DH 2016 chiuse entro il 20 gennaio 2017 / n. cartelle totali dimessi * 100	nd	97%	90%	10	
					100	

Il Dirigente di Struttura
Dr.ssa Giulia Gramignano

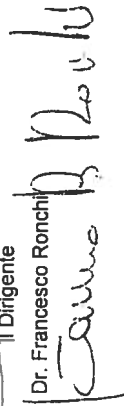
Giulia Gramignano

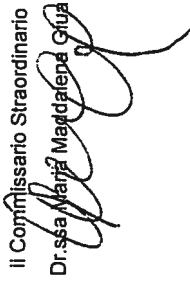
Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua

Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Obiettivo valido dal momento i cui il personale è formato per l'uso del modulo specifico
Diagnosi precoce della sepsi neonatale da SGB (early-onset) nei nati a rischio, con conseguente riduzione di morbilità, mortalità e trasferimenti inappropriati dei medesimi	Percentuale di neonati a rischio di sepsi neonatale da SGB (madre con tampone V-R positivo o non noto) nei quali viene applicato il Protocollo Diagnostico-terapeutico di Reparto	nd	=> 90%	=> 80%	20	Il Protocollo di Reparto per la diagnosi precoce della sepsi neonatale da SGB prevede il monitoraggio clinico, strumentale e biomorale dei neonati a rischio di tale infezione nei primi 3-4 giorni di vita; ciò consente la precoce rilevazione dei neonati con sepsi da SGB (che richiedono il trasferimento) ed evita il trasferimento inappropriato dei neonati a rischio non infetti
Estendere lo Screening per la Fibrosi cistica	Percentuale di neonati a rischio sottoposti a screening	nd	=> 95%	=> 85%	20	a partire dal recepimento della comunicazione del microcitermico
Diffusione della informazione sul prelievo del sangue da cordone ombelicale (SCO)	Donne che partecipano agli eventi di comunicazione dal tema "SCO" / Donne che partecipano al percorso nascita aziendale in collaborazione con i consultori	nd	95%	85%	20	
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	10	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	10	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle chiuse entro 10 giorni dalla fine di ciascun mese di dimissione (a partire da aprile) / n. cartelle totali dimessi * 100	nd	97%	90%	10	
					100	

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	software	Peso Obiettivo %	Note
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	80%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Tenuta sotto controllo dei POCT secondo direttive Regionali	% strumenti decentralizzati messi a sistema sul totale degli strumenti acquisiti nel 2015-2016	nd	100%	70%	20	
Adesione e sviluppo delle attività per l'Armonizzazione dei laboratori	% di analisi armonizzati degli esami di area siero (biochimica clinica-Immunometria)	nd	4%	2%	10	
Appropriatezza clinica: riduzione delle emotrasfusioni	PDTA condiviso incentrato su una appropriata interpretazione del Chr. Avvio utilizzo procedure entro	nd	entro Novembre 2016	entro Dicembre 2016	15	PDTA da condividere con: Laboratorio, P.S., Centro Trasfusionale
Miglioramento continuo attraverso la certificazione del Sistema Gestionale di Qualità (SGQ)	Certificazione rilasciata da ispettori CSQ-IMQ	nd	certificazione entro l'anno	certificazione entro l'anno	20	
Riduzione degli esami di laboratorio "ripetuti" tra U.O. diverse (P.S e reparto di ricovero)	attivazione del software	nd	entro giugno 2016	entro luglio 2016	15	previa acquisizione del software
Attuare il decentramento (territorializzazione) del TAO proposta nel 2015	attuazione entro	nd	entro Dicembre 2016	entro Dicembre 2016	10	previa acquisizione coagulometri portatili
					100	

Il Dirigente
Dr. Francesco Ronchi


Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Maddalena Giua


OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Miglioramento continuo attraverso la certificazione del Sistema Gestionale di Qualità (SGQ)	Rilascio della Certificazione da ispettori BVI	nd	certificazione entro l'anno	certificazione entro l'anno	20	
Avvio dell'offerta (RMN) per il recupero della mobilità passiva	Erogazione delle prestazioni RMN e registrazione sui Flussi ambulatoriali	nd	100 esami / mese	80 esami / mese	25	Condizioni: accreditamento; consulenza AOB 36 h/sett.; TSRM e IP per 36 h/sett.
Territorializzazione del servizio - Governo centralizzato delle attività radiologiche al fine del mantenimento delle ore di apertura del servizio Rx all'utente in tutte le sedi aziendali	% ore di apertura del servizio Rx all'utente in tutte le sedi aziendali rispetto al 2015	nd	80%	70%	20	Garantire quanto di competenza. Si terrà conto delle eventuali carenze del personale.
Miglioramento continuo della qualità del servizio	Indagine di Customer satisfaction con analisi dei punti di forza e delle criticità	nd	report finale entro novembre 2016	report finale entro dicembre 2016	15	Inviare al Servizio Programmazione e Controllo
Garantire le consulenze preoperatorie entro 24/48 ore	% di consulenze preoperatorie garantite entro le 24/48 ore	nd	95%	90%	20	
					100	

Il Dirigente della struttura
Dr. Umberto Scarinci

Il Commissario Straordinario
Dr./ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Incremento prelievi gestiti dal CT	N. prelievi 2016 > 2015	nd	+ 10%	+ 5%	15	
Appropriatezza clinica: riduzione delle emotrasfusioni	PDTA condiviso incentrato su una appropriata interpretazione dei CHR	nd	entro Novembre 2016	entro Dicembre 2016	20	PDTA da condividere con: Laboratorio, PS, Centro Trasfusionale
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Percentuale di errori logico-formali (PARM 3M)	n. SDO con errori logico formali / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2015	% 2016 < % 2015	15	
Percentuale errori di codifica (PARM 3M)	n. SDO con errori di codifica / n. SDO totali *100	nd	% 2016 < % 2016	% 2016 < % 2016	15	
Monitoraggio adempimenti documentazione sanitaria	n. cartelle ricoveri DH 2016 chiuse entro il 20 gennaio 2017 / n. cartelle totali dimessi * 100	nd	97%	90%	10	
Miglioramento continuo della qualità del servizio	Indagine di Customer satisfaction con analisi dei punti di forza e delle criticità	nd	report finale entro novembre 2016	report finale entro dicembre 2016	15	Inviare al Servizio Programmazione e Controllo
100						

Il Dirigente

Dr.ssa Mariella Canavero



Il Commissario Straordinario
 Dr. ssa Mariella Canavero-Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 205	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< ai dati dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	10	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Consolidare il flusso EMUR	% di accessi rendicontati sul File PS	nd	97%	95%	10	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%
Riduzione percentuale ricoveri urgenti brevi nella U.O. Medicina Generale	Predisporre la procedura per la riduzione dei ricoveri brevi in condivisione con la S.C. Medicina Generale	nd	entro maggio	entro giugno	20	
	n. RO con deg<2gg Urg. / n. R totali Urg. *100	13,4	AA 2016 = -20% AA 2015	AA 2016 = -15% AA 2015	15	calcolare l'indicatore riferito al secondo semestre 2016
Appropriatezza clinica: riduzione delle emotrasfusioni	PDTA condiviso incentrato su una appropriata interpretazione del CHR	nd	entro Novembre 2016	entro Dicembre 2016	15	PDTA da condividere con: Laboratorio, PS, Centro Trasfusionale
Miglioramento continuo della qualità del servizio	Indagine di Customer satisfaction con analisi dei punti di forza e delle criticità	nd	report finale entro novembre 2016	report finale entro dicembre 2016	10	Inviare al Servizio Programmazione e Controllo
Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri nei reparti chirurgici	riduzione dei ricoveri con DRG medico nei reparti chirurgici (ortopedia, chirurgia, urologia)	nd	ricoveri con DRG medico nei reparti chirurgici 2016 = - 10% 2015	ricoveri con DRG medico nei reparti chirurgici 2016 = - 5% 2015	10	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Maria Annunziata Baidussi

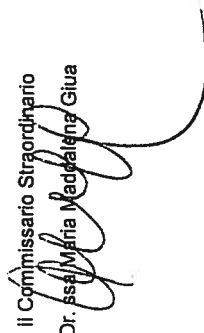
il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Monitoraggio aziendale sul consumo dei farmaci biosimilari a minor costo	invio trimestrale relazione dati di competenza a ciascuna U.O. del P.O. e dati complessivi alla ASL sul consumo farmaci originator/biosimilari (DGR 54/11 del 10.11.2015)	nd	4 Rendicontazioni (per U.O. e ASL)	3 Rendicontazioni (per U.O. e ASL)	25	le relazioni si intendono riferite ai trimestri di competenza e pertanto l'invio della 4° relazione è fissato entro il mese di gennaio 2017
Monitoraggio aziendale sul consumo dei farmaci non inseriti in PTR (DGR 514/11 del 10.11.2015)	invio due relazioni dati di competenza a ciascuna U.O. del P.O. e dati complessivi alla ASL sul consumo farmaci non inseriti in PTR (DGR 54/11 del 10.11.2016)	nd	2 Rendicontazioni (per U.O. e ASL) entro (1°) maggio e(2°) novembre	2 Rendicontazioni (per U.O. e ASL) entro (1°) giugno e(2°) dicembre	25	
Miglioramento gestione giacenze magazzino farmaceutico	costo farmaci scaduti: anno 2016 < anno 2015	nd	AA 2016 = -10% AA 2015	AA 2016 = -5% AA 2015	15	
Monitoraggio e amministrazione delle azioni volte alla riduzione dei costi della terapia e profiassi antibiotica	costo antibioticoterapia AA 2016 < AA 2015 (reparti di Medicina, Chirurgia e Urologia)	nd	-8%	-5%	15	in particolare si riferisce ad interventi correttivi per i reparti di Medicina, Chirurgia e Urologia
	rendicontazione alla direzione aziendale	nd	entro giugno e ottobre	entro luglio e novembre	10	
Adesione al SIRECO (Sistema Informativo per la Resa Elettronica Conto giudiziale)	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Silvia Boi


Moruo Silvia Boi

Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua



Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Supportare il Servizio Programmazione e controllo per la revisione della documentazione inerente ai progetti a fondo vincolato	garantire due incontri con i referenti aziendali dei progetti del PRP 2010-2012	nd	2 incontri con discun referente	1 Incontro con discun referente	20	
Monitorare l'attuazione dei programmi del PRP 2014-2018	relazioni semestrale-annuale	nd	1° relazione entro luglio, 2° entro gennaio	1° relazione entro agosto, 2° entro febbraio	40	
Monitorare il sistema di gestione dei finanziamenti correlati ai PRP 2014-2018	rendicontazione semestrale-annuale	nd	1° relazione entro luglio, 2° entro gennaio	1° relazione entro agosto, 2° entro febbraio	40	
					100	

Il Respinsabile
Dr.ssa Pierina Manca



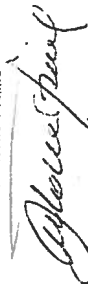
Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Maddalena Giua



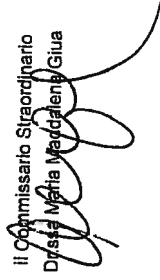
Obiettivi	Indicatori	Valore 2016	Valore base 2018	Valore minimo accettabile 2018	Peso Obiettivo %	Note
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nei programmi del PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente e sui dati del Sistema di sorveglianza	predisporre n.3 piani d'azione anno 2016 e n.6 relazioni semestrali/annuali Programma P 9.1, P 9.2, P 9.3	nd	scadenza 30.4.2018 per i piani d'azione	scadenza 15.5.2018 per i piani d'azione	20	I piani d'azione e le relazioni semestrali devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento
		nd	20 luglio 2016 per il 1 sem. e 20 gennaio 2017 per le relazioni annuali	5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per le relazioni annuali	20	
Relazionare, in maniera completa (importi assegnati, liquidati e residui), relativamente all'utilizzo dei finanziamenti regionali vincolati correlati ai programmi di competenza del PRP 2014/2018	predisporre n. 2 relazioni Sistema di Sorveglianza Passi	nd	n. 2 relazioni	n. 2 relazioni	15	la rendicontazione dovrà avvenire nel rispetto del progetto specifico aziendale in fase di predisposizione
	relazione finale con allegato resoconto finanziario Programmi P 9.1, P 9.2, P 9.3, P 1.4 (Azioni)	nd	almeno due relazioni/anno per finanziamento	almeno uno/anno per finanziamento	25	
realizzare una iniziativa pubblica sull'importanza delle vaccinazioni	attuare iniziativa esterna destinata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, e alla popolazione, per aumentare la sensibilizzazione sulle vaccinazioni (obbligatorie, raccomandate e facoltative)	nd	due iniziative	una iniziativa	20	
					100	

Il Dirigente

Dr. Antonello Frailis

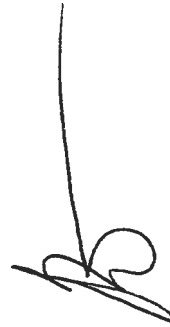


Il Commissario Straordinario
 D.ssa Maria Margalena Giua

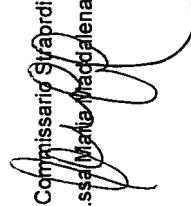


Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Eseguire i Controlli Ufficiali, sulla base della categorizzazione del rischio, previsti dal Piano Regionale Integrato dei controlli (PRIC) Piano Alimenti, Piano sui fitofarmaci	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	80%	75%	40	
Rendicontare, in maniera completa (importi incassati, liquidati e residui) con frequenza almeno semestrale, relativamente all'utilizzo di finanziamenti regionali vincolati e/o correlati al PRP 2014/2018 e al D. L. Vo 194/2008	rendicontazioni validate dal Dip.	nd	2	1	20	
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nei programmi del PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente	predisporre n.2 piani d'azione anno 2016 e n.4 relazioni Programma P 1.2 , P 10.2	nd	scadenza 30.4.2016 per i piani d'azione	scadenza 15.5.2016 per i piani d'azione	10	i piani d'azione e le relazioni semestrali/annuali, devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento
			20 luglio 2016 per il 1 sem. e 20 gennaio 2017 per le relazioni annuali	5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per le relazioni annuali	10	
Eseguire i controlli sull'impiego dei fitosanitari nelle aziende agricole in forma congiunta con Ambiente e Salute e coordinata con il servizio SPReSAL	numero di aziende agricole sottoposte a controllo in forma coordinata con il servizio SPReSAL	nd	100%	90%	20	forma coordinata: SPReSAL e SIAN ispezionano le medesime aziende per gli aspetti di rispettiva competenza anche in tempi diversi ma con scambio delle informazioni

Il Dirigente
 Dr. Igino Pintor

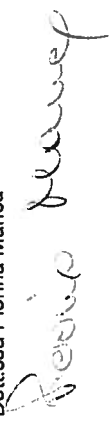


Il Commissario Straordinario
 Dr.ssa Maria Maddalena Giua

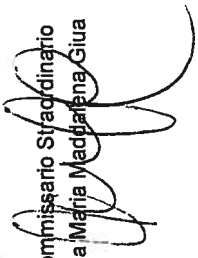


OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nei programmi del PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente	predisporre n.4 piano d'azione anno 2016 e n.8 relazioni semestrali Programma P 7.1, P 7.2, P 7.3 e P 7.4	nd	scadenza 30.4.2016 per i piani d'azione	scadenza 15.5.2016 per i piani d'azione	15	I piani d'azione e le relazioni semestrali devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento
				5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per le relazioni annuali	15	
Eseguire l'attività di vigilanza e controllo prevista nei Programmi del PRP 2014-2018 e nel Piano Operativo Integrato di prevenzione e vigilanza approvato dal CRC	n. di aziende sottoposte a ispezione	225	206	200	30	
Relazionare , in maniera completa (importi assegnati, liquidati e residui) con frequenza almeno semestrale, relativamente all'utilizzo dei finanziamenti regionali vincolati correlati ai programmi di competenza del servizio PRP 2014/2018 ,	relazione finale con allegato resoconto finanziario Programmi P 7.1, P 7.2, P 7.3 e P 7.4	nd	almeno due relazioni/anno per finanziamento (1 semestrale e 1 annuale)	almeno uno/anno per finanziamento	20	la rendicontazione dovrà avvenire nel rispetto del progetto specifico aziendale in fase di predisposizione
Organizzare e realizzare il corso a valenza regionale per l'approfondimento della formazione degli operatori SPReSAL in merito alla gestione delle neoplasie professionali	realizzazione del corso	nd	uno	uno	20	
					100	

Il Dirigente della Struttura
Dott.ssa Pierina Manca



Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Medda Giua



Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Esequire i Controlli Ufficiali, per quanto di competenza, disposti dalla normativa Comunitaria, Nazionale e Regionale finalizzati all'eradicazione della Peste Suina Africana (PSA) presso gli agriturismo, ristoranti e sagre paesane	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	100%	90%	30	Compatibilmente con il personale a disposizione. Prima verifica entro il 15 giugno
Esequire i Controlli Ufficiali, sulla base della categorizzazione del rischio, previsti dal Piano Regionale integrato dei controlli (PRIC) Piano Alimenti e Piano Residui	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	100%	90%	30	Compatibilmente con il personale a disposizione. Prima verifica entro il 15 giugno
Rendicontare, in maniera completa (importi incassati, liquidati e residui) con frequenza almeno semestrale, relativamente all'utilizzo di finanziamenti regionali vincolati e/o correlati ai PRP 2014/2018 e al D. L. Vo 194/200	rendicontazioni validate dal Dip.	nd	2	1%	20	
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nei programmi dei PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente	predisporre n.3 piani d'azione anno 2016 e n.6 relazioni sui Programmi (P 10.1.3, P 10.1.4, P 10.1.7)	nd	scadenza 30.4.2016 per i piani d'azione	scadenza 15.5.2016 per i piani d'azione	10	I piani d'azione e le relazioni semestrali/annuali devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento
			20 luglio 2016 per il 1 sem. e 20 gennaio 2017 per le relazioni annuali	5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per le relazioni annuali	10	
					100	

Il Dirigente di struttura
 Dr.ssa M. Paola Piombo

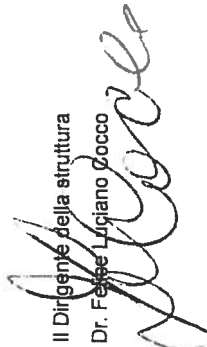


Il Commissario Straordinario
 Dr.ssa Maria Maddalena Giua

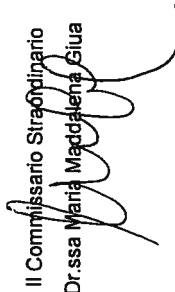


Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Eseguire i Controlli Ufficiali, per quanto di competenza, disposti dalla normativa Comunitaria, Nazionale e Regionale finalizzati all'eradicazione della Peste Suina Africana (PSA) presso gli allevamenti suini	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	100%	90%	30	Compatibilmente con il personale a disposizione. Prima verifica entro il 15 giugno
Eseguire i Controlli Ufficiali, sulla base della categorizzazione del rischio, previsti dal Piano Regionale Integrato dei controlli (PRIC) Piano Alimenti, Piano Residui e Piano alimentazione animale	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	100%	90%	30	Compatibilmente con il personale a disposizione. Prima verifica entro il 15 giugno
Attivare entro il 30 settembre 2016 un piano d'azione finalizzato alla prevenzione del randagismo e al controllo delle nascite degli animali d'affezione, anche in attuazione del programma P-10.5.1 del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018	adozione e attivazione del Piano	nd	entro settembre	entro dicembre	20	
Rendicontare, in maniera completa (importi incassati, liquidati e residui) con frequenza almeno semestrale, relativamente all'utilizzo di finanziamenti regionali vincolati e/o correlati al PRP 2014/2018 e al D. L. Vo 194/2008	rendicontazioni validate dal Dip.	nd	2	1	20	
					100	

Il Dirigente della struttura
 Dr. Felice Luciano Cocco



Il Commissario Straordinario
 Dr.ssa Maria Maddalena Giua



Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Eseguire i Controlli Ufficiali, per quanto di competenza, disposti dalla normativa Comunitaria, Nazionale e Regionale finalizzati all'eradicazione della Peste Suina Africana (PSA) presso gli allevamenti suini	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	100%	90%	30	L'obiettivo è condizionato alla disponibilità delle risorse finanziarie e umane di cui al "Programma dei controlli" trasmesso in Regione in data 05.03.2016
Eseguire i Controlli Ufficiali, per quanto di competenza, disposti dalla normativa Comunitaria, Nazionale e Regionale finalizzati al mantenimento delle Qualifiche Sanitarie di Territorio Ufficialmente Indenne da Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi bovina e buialina e Brucellosi ovina e caprina presso gli allevamenti	controlli eseguiti / controlli previsti	nd	100%	90%	30	
Rendicontare, in maniera completa (importi incassati, liquidati e residui) con frequenza almeno semestrale, relativamente all'utilizzo di finanziamenti regionali vincolati e/o correlati al PRP 2014/2018 e al D. L. Vo 194/2008	rendicontazioni validate dal Dip.	nd	2	1	20	
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nel programma P. 10.4.1 del PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente	predisporre n.1 piano d'azione anno 2016 e n. 2 relazioni Programma P 10.4.1	nd	scadenza 30.4.2016 per il piano d'azione	scadenza 15.5.2016 per il piano d'azione	10	I piani d'azione e le relazioni semestrali/annuali devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento
			20 luglio 2016 per il 1 sem. e 20 gennaio 2017 per la relazione annuale	5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per la relazione annuale	10	
					100	

Il Dirigente di struttura
Dr. Enrico Vacca

Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nei programmi del PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente	predisporre n.2 piani d'azione anno 2016 e n.4 relazioni Programma P1.3 e Azione 1.3.3	nd	scadenza 30.4.2016 per i piani d'azione	scadenza 15.5.2016 per i piani d'azione	20	I piani d'azione e le relazioni semestrali/annuali devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento. Compatibilmente con le risorse umane disponibili
		nd	20 luglio 2016 per il 1 sem. e 20 gennaio 2017 per le relazioni annuali	5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per le relazioni annuali	20	
Rendicontare, in maniera completa (importi assegnati, liquidati e residui), relativamente all'utilizzo dei finanziamenti regionali vincolati correlati ai programmi di competenza del PRP 2014/2018	relazione finale con allegato resoconto finanziario Programmi P 1.3, Azione 1.3.3	nd	almeno due relazioni/anno per finanziamento	almeno una relazione/anno per finanziamento	20	la rendicontazione dovrà avvenire nel rispetto del progetto specifico aziendale in fase di predisposizione
Fornire informazioni corrette e adeguate sul significato e sulle modalità di redazione delle certificazioni sanitarie per la pratica dell'attività sportiva agonistica e non agonistica	attuare iniziativa esterna destinata ai medici di medicina generale e agli sportivi o aspiranti alle attività sportive	nd	almeno una iniziativa entro dicembre 2016	almeno una iniziativa entro dicembre 2016	20	
Individuare e valutare le palestre per il proseguo dell'attività di sport terapia nel territorio	numero di palestre individuate e valutate	nd	individuare e valutare almeno dieci palestre nel territorio	individuare e valutare almeno otto palestre nel territorio	20	
					100	

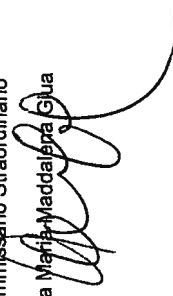
Il Dirigente della Struttura

Dott. Mariano Contu



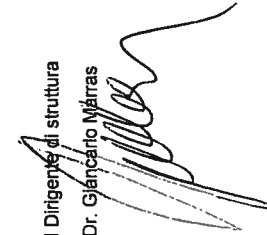
Il Commissario Straordinario

Dr.ssa Maria Maddalena Glua



Obiettivi	Indicatori	Valore 2016	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Controllo periodico dei requisiti igienico-strutturali dei centri di accoglienza dei migranti e dei centri sportivi del territorio	controllo semestrale nei due centri per i migranti	nd	totale 4 controlli anno	totale 3 controlli anno	15	
	almeno un controllo dei centri sportivi del territorio (condiviso con Serv. Promoz. Educaz. e Comunicaz.)	nd	almeno un controllo in 10 palestre del territorio	almeno un controllo in 8 palestre del territorio	15	
Attuare e monitorare le attività/azioni di competenza del servizio previste nei programmi del PRP 2014-2018, comprese quelle correlate al ruolo di referente	predisporre n.3 piani d'azione anno 2016 e n.6 relazioni Programma P 8.1, P 8.2, P 8.3	nd	scadenza 30.4.2016 per i piani d'azione	scadenza 15.5.2016 per i piani d'azione	15	I piani d'azione e le relazioni semestrali devono essere elaborate sui format predisposti dal Dipartimento
		nd	20 luglio 2016 per il 1 sem. e 20 gennaio 2017 per le relazioni annuali	5 agosto 2016 per il 1 sem. e 5 febbraio 2017 per le relazioni annuali	15	
Relazionare, in maniera completa (importi assegnati, liquidati, importi utilizzati e residui) con frequenza almeno semestrale, relativamente all'utilizzo dei finanziamenti regionali vincolati correlati ai programmi PRP 2014/2018, di cui si è referenti	relazione finale con allegato resoconto finanziario Programmi P 6.1, P 8.2, P 8.3	nd	almeno due relazioni/anno per finanziamento	almeno una relazione/anno per finanziamento	20	la rendicontazione dovrà avvenire nel rispetto del progetto specifico aziendale in fase di predisposizione
Eseguire i controlli sull'impiego dei fitosanitari nelle aziende agricole in forma congiunta con SIAN e coordinata con il servizio SPReSAL	numero di aziende agricole sottoposte a controllo in forma coordinata con il servizio SPReSAL	nd	100%	90%	20	forma coordinata: SPReSAL e Ambiente e Salute ispezionano le medesime aziende per gli aspetti di rispettiva competenza anche in tempi diversi ma con scambio delle informazioni
					100	

Il Dirigente di struttura
Dr. Giancarlo Marras



Il Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Maddalena Giua



Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Progettazione finalizzata a integrare le attività terapeutico-riabilitative del Centro alcolologico con il CSM	n. progetti terapeutici riabilitativi condivisi	nd	2	1	50	
Costituzione di un nucleo dipartimentale di monitoraggio degli inserimenti, dei percorsi terapeutici e delle dimissioni dei pazienti nelle comunità terapeutiche.	n. incontri di lavoro del nucleo dipartimentale di monitoraggio	nd	3	2	50	
					100	

Il Dirigente
 Dr. Alessandro Coni



Il Commissario Straordinario
 Dr.ssa Maria Maddalena Giua

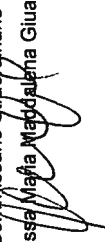


Obiettivi	Indicatori	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Monitoraggio erogazione prestazioni residenziali dei centri accreditati	relazione trimestrale	nd	4 RELAZIONI	4 RELAZIONI	20	
Governo costi prestazioni residenziali	relazione trimestrale sull'andamento dei costi rispetto del tetto di spesa	nd	costi 2016 = - 5% costi 2015	costi 2016 = - 3% costi 2015	25	
Rimodulazione della residenzialità a gestione pubblica privata con riduzione dei costi	riduzione dei costi 2016 < 2015	nd	- 10%	- 8%	20	
Attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di contrasto allo stigma sulla malattia mentale con la partecipazione di associazioni di volontariato e della cittadinanza attiva	Numero progetti realizzati	nd	3	2	20	Rendicontare al Servizio Programmazione e Controllo
Organizzare con le istituzioni competenti dei progetti terapeutici individualizzati di trattamento e reinserimento	% di ospiti della REMS	nd	70%	60%	5	
Predisporre procedure operative e protocolli per la gestione delle attività	n. procedure / protocolli		5	4	10	
					100	

Il Dirigente
Dr. Alessandro Coni



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Monitoraggio erogazione prestazioni residenziali e semiresidenziali dei centri accreditati	relazione trimestrale	nd	4 RELAZIONI	4 RELAZIONI	30	
Governo costi prestazioni residenziali e semiresidenziali	relazione trimestrale sul rispetto del tetto di spesa	nd	costi <= tetto di spesa	costi <= tetto di spesa	25	
Miglioramento dell'assistenza alle alcoldipendenze	rimodulazione del percorso clinico organizzativo "Problemi alcolcorrelati"	nd	entro novembre	entro dicembre	20	
Miglioramento attività di prevenzione dei problemi alcolcorrelati nei giovanissimi	Implementazione progetti di Peer Education in ambito scolastico	nd	Implementazione progetti di Peer Education in 5 istituti scolastici	Implementazione progetti di Peer Education in 4 istituti scolastici	25	anno scolastico 2015-2016
					100	

Il Dirigente
Dr. Angelo Fois

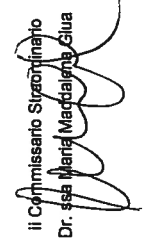
Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Riduzione consumo inibitori della pompa protonica	Unità posologiche pro capite < 28 cpr/cps (2 confezioni)	nd	< 2 confezioni	< 2 confezioni	10	
Gestione consumo Colicicferolo	DDD Formulazioni im-os da 100-300.000 UI / DDD totali categoria A11CC05	nd	> 70%	> 70%	5	
Gestione consumo Antagonisti del recettore per l'angiotensina II (Sartani) e loro associazioni	Unità posologiche sartani C09C+C09D / Unità posologiche gruppo C09	nd	< 40%	< 40%	5	
	Unità posologiche sartani C09C+C09D senza copertura brevettuale (off-patent)	nd	> 90%	> 90%	5	
Gestione consumo inibitori della idrossimetilglutaril-CoA reduttasi (Statine) e loro associazioni con altri agenti modificanti i lipidi	Confezioni anno per 100 abitanti	nd	< 110	< 110	5	
	Unità posologiche di rosuvastatina e C10BA /Unità posologiche C10AA+C10BA <15%	nd	15%	15%	5	
Gestione consumo Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)	Confezioni anno per 100 abitanti	nd	< 50	< 50	5	
Gestione consumo Adrenergici per via inalatoria	Confezioni COXIB (M01AH) / confezioni FANS M01A < 15%	nd	< 15%	< 15%	5	
	DDD adrenergici in associazione (R03AK) / DDD adrenergici (R03A) < 60%	nd	< 60%	< 60%	10	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	Fonte dati Serv. Sistema Informativo. Riferito a farmacie esami di laboratorio
Adesione al SIRECO (Sistema Informativo per la Resa Elettronica Conto Giudiziale)	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	100%	5	
Controllo centri residenziali e semi-residenziali gestiti da erogatori accreditati	relazioni (semestrale e annuale)	nd	4 relazioni	4 relazioni	5	
Contenimento costi assistenza integrativa e protesica	riduzione costo assistenza integrativa e protesica 2016 - 2015; nel caso non venga raggiunto il valore atteso invio di relazione semestrale con motivazione degli scostamenti	nd	-8%	-8%	5	Semestrale entro il 15 giugno, annuale entro il 31 dicembre
Miglioramento continuità ospedale - territorio	elaborazione strumento operativo condiviso (SPS - Resp. Qualità - Resp. Distretto - Resp. Cardiologia, Medicina, Terapia Intensiva)	nd	entro settembre	entro ottobre	5	
Monitoraggio costi prescrizioni farmaceutiche territoriali	gestione degli incontri con MMG, Responsabile Farmacia Terr. e Resp. Qualità finalizzati al monitoraggio dei costi	nd	2 incontri con il 100% dei prescrittori	2 incontri con il 80% dei prescrittori	10	Farmacia Terr., Resp. Qualità.
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Annaciara Mellis

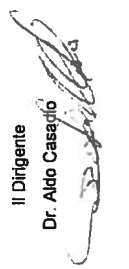


Il Commissario Sigoriniano
Dr.ssa Maria Maddalena Gilua

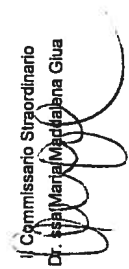


OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Nota
Ridurre il consumo dei farmaci non inseriti in PTR	costo farmaci non inseriti in PTR / costo farmaci totali =< al dato dell'anno 2015; nel caso sia superiore invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	COSTO 2016 =< COSTO 2015	COSTO 2016 =< COSTO 2015	5	
Riduzione consumo Inibitori della pompa protonica	Unità posologiche pro capite < 28 cp/cps (2 confezioni)	nd	< 2 confezioni	< 2 confezioni	10	
Gestione consumo Colicicferolo	DDD Formulazioni im-os da 100-300.000 UI / DDD totali categoria A11CC05	nd	> 70%	> 70%	5	
Gestione consumo Antagonisti del recettore per l'angiotensina II (Sartani) e loro associazioni	Unità posologiche sartani C09C+C09D / Unità posologiche gruppo C09	nd	< 40%	< 40%	5	
Gestione consumo Inibitori della Idrossimetilglutari-CoA reductasi (Statine) e loro associazioni con altri agenti modificanti i lipidi	Unità posologiche sartani C09C+C09D senza copertura brevettuale (off-patent)	nd	> 90%	> 90%	5	
Gestione consumo Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)	Confezioni anno per 100 abitanti	nd	< 110	< 110	5	
Gestione consumo Farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS)	Unità posologiche di rosuvastatina e C10BA / Unità posologiche C10AA+C10BA <15%	nd	15%	15%	5	
Gestione consumo Adrenergici per via inalatoria	Confezioni anno per 100 abitanti	nd	< 50	< 50	5	
Incremento ricette dematerializzate	Confezioni COXIB (M01AH) / confezioni FANS M01A < 15%	nd	< 15%	< 15%	5	
Adesione al SIRECO (Sistema Informativo per la Resa Elettronica Conto Giudiziale)	DDD adrenergici in associazione (R03AK) / DDD adrenergici (R03A) < 60%	nd	< 60%	< 60%	10	
Controllo centri residenziali e semi-residenziali gestiti da erogatori accreditati	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 90%	=> 90%	10	
Contenimento costi assistenza integrativa e protesica	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	100%	5	
Miglioramento continuità ospedale - territorio	relazione trimestrale	nd	4 RELAZIONI	4 RELAZIONI	5	
Monitoraggio costi prescrizioni farmaceutiche territoriali	riduzione costo assistenza integrativa e protesica 2016 - 2015; nel caso non venga raggiunto il valore atteso invio di relazione trimestrale con motivazione degli scostamenti	nd	-8%	-6%	5	
	elaborazione strumento operativo condiviso (SPS - Resp. Qualità - Resp. Distretto - Resp. Cardiologia, Medicina, Terapia Intensiva)	nd	entro settembre	entro ottobre	5	
	gestione degli incontri con MMG, Responsabile Farmacia Terr. e Resp. Qualità finalizzati al monitoraggio dei costi	nd	2 incontri con il 100% dei prescrittori	2 incontri con il 80% dei prescrittori	10	Farmacia Terr., Resp. Qualità.
					100	

Il Dirigente
Dr. Aldo Casadio



Il Commissario Straordinario
Dr. ssa Maria Maddalena Giua



OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	% Peso Obiettivo	Notes
Garantire la continuità Ospedale - Territorio	n. di consulenze evase in giornata con presa in carico dei pz diabetici in dimissione con terapia insulinica / n. totale di consulenze richieste per pazienti con inserimento di terapia insulinica durante la degenza come da procedura	nd	90%	80%	25	
Incremento ricette dematerializzate	n ricette dematerializzate / n. ricette totali => 90%	nd	=> 70%	=> 70%	15	Relativamente a motivi indipendenti dalla U.O. (blocco del sistema SISAR) si esclude il 100%. Si intendono escluse le ricette non ancora previste sul sistema SISAR (piani terapeutici per presidi) stimate pari al 20% del totale
Attuazione del percorso per la gestione delle attività relative alla prevenzione diagnosi e cura delle patologie tiroidee	Avvio attività entro giugno con n. visite e n. ecografie tiroidee minimo nel II semestre 2016	nd	n. 250 visite + n. 50 ecografie tiroidee	n. 200 visite + n. 40 ecografie tiroidee	25	
Riduzione dei costi per la gestione del paziente diabetico	elaborare procedura per la razionalizzazione della prescrizione di "strisce reattive" per la determinazione domiciliare della glicemia	nd	elaborare la procedura entro luglio	elaborare la procedura entro settembre	15	
	n. medio strisce assegnate a paziente tipo 2 / n. medio strisce assegnabili secondo prassi preesistente	nd	0,95	0,97	20	riferito ai valori del IV° trimestre
					100	

Il Dirigente
 Dr. Vincenzo Sica

Il Commissario Straordinario
 Dr. ssa Maria Macalena Ciua

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2015	Valore atteso 2016	Valore minimo accettabile 2016	Peso Obiettivo %	Note
Monitoraggio aziendale sul consumo dei farmaci biosimilari a minor costo	invio trimestrale relazione dati complessivi ASL sul consumo farmaci originator/biosimilari (DGR 54/11 del 10.11.2015)	nd	4 RELAZIONI	3 RELAZIONI	10	le relazioni si intendono riferite ai trimestri di competenza e pertanto l'invio della 4° relazione è fissato entro il mese di gennaio 2017
Monitoraggio aziendale sul consumo dei farmaci non inseriti in PTR (DGR 54/11 del 10.11.2015)	invio semestrale relazione dati complessivi ASL sul consumo farmaci non inseriti in PTR (DGR 54/11 del 10.11.2015)	nd	2 RELAZIONI	1 RELAZIONI	10	le relazioni si intendono riferite ai semestri di competenza e pertanto l'invio della 2° relazione è fissato entro il mese di gennaio 2017
Monitoraggio costi farmaci per SM e AR	relazione quadrimestrale alla direzione aziendale sui costi generati da altri prescrittori	nd	3 RELAZIONI	2 RELAZIONI	10	le relazioni si intendono riferite ai quadrimestri di competenza e pertanto l'invio della 3° relazione è fissato entro il mese di gennaio 2017
Accentramento servizi territoriali a Sanluri	accentramento operativo entro	nd	settembre	dicembre	20	condizionato alla disponibilità dei locali adeguati
Monitoraggio aziendale sulla spesa farmaceutica territoriale per categorie farmacologiche specifiche (DGR 54/11 del 10.11.2015)	invio trimestrale relazione dati complessivi ASL sul consumo categorie farmacologiche specifiche (DGR 54/11 del 10.11.2015)	nd	3 RELAZIONI	2 RELAZIONI	20	le relazioni si intendono riferite ai quadrimestri di competenza e pertanto l'invio della 3° relazione è fissato entro il mese di gennaio 2017
Adesione al SIRECO (Sistema Informativo per la Resa Elettronica Conto giudiziale)	adempimenti attuati / adempimenti previsti	nd	100%	90%	10	
Monitoraggio costi prescrizioni farmaceutiche territoriali	gestione degli incontri con MMG, Responsabili di Distretto e Resp. Qualità finalizzati al monitoraggio dei costi	nd	2 incontri con il 100% dei prescrittori	2 incontri con il 80% dei prescrittori	20	Distretti, Resp. Qualità.
					100	

(Il Dirigente

Dr. Giuseppe Contu

Il Commissario Straordinario

Dr. ssa Maria Maddalena Giua