RIMODULAZIONE

OBIETTIVI ANNO 2011

DIREZIONE GENERALE
COORINAMENTO UFF. STAFF
Responsabile:Dr. Maurizio Locci

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Rispetto del Piano della Formazione Aziendale	% di fondi spesi per la formazione		95%	90%	25	per un minimo di 7 ore per ciascun lavoratore in ruolo o a tempo determinato per i servizi che hanno programmato e attivato la Formazione Specifica
Attivazione centri di salute territorialil	N° centri attivati		2	1	25	in collaborazione con i distretti
Razionalizzazione attività Aziendali attraverso il migliormaneto dei processi	Supporto ai Servizi per la fase di Audit relativamente ai percorsi deliberati		Si	Si	25	
Miglioramento della qualità assistenziale territoriale	Implementare RAO e percorsi prescrittivi		si	si	25	in collaborazione con i distretti
					100	

Il coordinatore degli uffici di Staff
Dr. Maurizio Locci

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIREZIONE GENERALE
SVIL. ORGANIZZATIVO E SIST. INFORMATICO
Responsabile:Dr. Maurizio Locci

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Sviluppo sistema informatico	Attivazione Ris / Pacs		si	si	20	
Sviluppo sistema informatico	Collegamento Ris / Pacs con neurochirurgia del Brotzu		si	si	20	
Sviluppo sistema informatico	Attivazione sistema informatico per la gestione del pz. oncologico		si	si	20	
Sviluppo Aziendale - Attivazione centri di salute territorialil	N° centri attivati		2	1	20	in collaborazione con i distretti
Sviluppo Aziendale - Attivazione di un sistema diffuso di stampa diretta dei referti di laboratorio	N° di punti attivati		7	5	20	
					100	

Il Dirigente
Dr. Maurizio Locci

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIREZIONE GENERALE
AFFARI GENERALI E LEGALI
Responsabile: Dr. Mariano Matta

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo	% Peso Obiettivo	Note
Mappatura procedimenti giudiziari aziendali pendenti	Redazione archivio informatico del carico giudiziario pendente 31.12.2011		si	si	25	
Archiviazione procedimenti giudiziari in materia di invalidità civile	redazione archivio informatico atti processuale		archivio procedimenti definiti al 31.12.2011	archivio procedimenti definiti al 31.12.2010	30	
Attivazione procedure amministrative previste nei percorsi clinico-amministrativi relativi a ricoveri extraregione e assistenza protesica e integrativa (Del. N° 164/2010) nei Distretti sanitari di Sanluri e di Guspini.	Attuazione delle procedure amministrative relative ai percorsi		si	si	25	
Cessazione protocolli cartacei attualmente esistenti nei Servizi del Dipartimento di Prevenzione e nel Servizio Farmaceutico e attivazione di un Punto Unico di Protocollo Informatico nel Distretto Socio Sanitario di Sanluri, nel quale far afferire tutti i protocolli dei vari Servizi del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio Farmaceutico.	Attivazione a regime del Punto Unico di Protocollo Informatico.		si	si	20	
					100	

Dirigente
Dr. Mariano Matta

Il coordinatore degli uffici di Staff
Dr. Maurizio Locci

DIREZIONE GENERALE
VALORIZ. R.U. COMUNICAZIONE, RELAZ. ESTERNE
Resp: Dr.ssa Luisa Pilloni

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Garantire il costante aggiornamento nel sito web Aziendale di tutte le informazioni inviate dai servizi ed utili agli utenti e al sistema complessivo	Tempestiva e puntuale pubblicizzazione delle comunicazioni di importanza strategica, inviate dalla Direzione Generale oppure dai Dipartimenti e/o Servizi.		sito sempre aggiornato sui principali eventi strategici Aziendali. Entro 24 ore comunicazioni urgenti.Entro 3 gg comunicazioni ordinarie.	sito sempre aggiornato sui principali eventi strategici Aziendali. Entro 24 ore comunicazioni urgenti.Entro 3 gg comunicazioni ordinarie.	25	Al fine di poter certificare il corretto invio delle informazioni provenienti dalle strutture Aziendali, l'ufficio comunicazione dovrà monitorare e verificare il corretto (o il non corretto) invio delle informazioni trimestrali. In oltre ogni comunicazione non rutinaria ad alta valenza strategica Aziendale dovrà essere vistata dalla Direzione Generale prima di essere diffusa.
Promozione e miglioramento dell'immagine dell'Azienda:	Realizzazione di una guida servizi della Asl o della Carta dei Servizi. Pubblicazione sui quotidiani locali della pubblicità istituzionale. Guida all'accesso in un reparto (Orientarsi in Reparto)		Maggiore informazione sull'accesso e miglioramento della fruibilità dei servizi.	12 pubblicazioni sui quotidiani locali, 1 guida di accesso al reparto. Predisposizione di una Carta dei servizi.	25	
Rispetto del Piano della Formazione Aziendale	% di fondi spesi per la formazione		95%	90%	25	per un minimo di 7 ore per ciascun lavoratore in ruolo o a tempo determinato per i servizi che hanno programmato e attivato la Formazione Specifica
Monitoraggio e Valutazione della qualità delle attività formative	Acquisizione di informazioni sul grado di soddisfazione di dipendenti e utenti Asl sulla formazione erogata.		Somministrazione di un questionario strutturato ai dipendenti Asl e realizzazione di focus group.	Acquisizione di informazioni sul grado di soddisfazione di dipendenti e utenti Asl sulla formazione erogata.	25	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Luisa Pilloni

Il coordinatore degli uffici di Staff
Dr. Maurizio Locci

Direzione Generale
Progr. e Controllo
Respons.: Dr. Paolo Cannas

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Completezza e tempestività di invio dei modelli economici NSIS e relativa quadratura e coerenza tra i modelli economici ministeriali CE - SP e LA	N° modelli economici completi e quadratti / N° modelli attesi		100%	80%	25	
Razionalizzazione attività Aziendali attraverso il migliormaneto dei processi	Supporto ai Servizi per la fase di Audit relativamente ai percorsi deliberati		Si	Si	25	
Miglioramento del sistema di governo economico budgetario	Predisposizione del Budget 2011 ed invio di report alle strutture autorizzate		Invio peridico della reportistica	Invio peridico della reportistica	25	
Implementazione del sistema Aziendale di valutazione permanente	Avvio e gestione delle fasi di implementazione della valutazione permanente		Attivazione del sistema premiante e del sistema di valutazione entro il 31 12 2011	Attivazione del sistema premiante e del sistema di valutazione entro il 31 12 2011	25	
					100	

Il Dirigente
Dr. Paolo Cannas

Il coordinatore degli uffici di Staff
Dr. Maurizio Locci

DIREZIONE GENERALE
PROFESSIONI SANITARIE
Responsabile: Dr. Pierpaolo Pateri

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Garantire la gestione del rischio relativamente alle prestazioni assistenziali	Predisposizione di un sistema di incident reporting in tutte le strutture aziendali dove si erogano le prestazioni assistenziali	0	90%	75%	25	La predisposizione del sistema è preceduta dalla formazione del personale, anche relativamente alla fase di analisi delle stesse schede per l'individuazione delle situazioni che hanno determinato la comparsa degli eventi avversi o dei quasi eventi.
Garantire la qualità delle prestazioni assistenziali e l'appropriatezza organizzativa attraverso la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di strumenti operativi	Numero di Protocolli, Procedure o istruzioni operative prodotti e sperimentati in ogni Dipartimento.	0	due	uno	25	La predisposizione degli strumenti sarà fatta attraverso lavori di gruppo con la contestualizzazione delle linee guida e delle migliori evidenze scientifiche
garantire la flessibilità organizzativa attraverso l'utilizzo razionale delle risorse assegnate	N° di risposte evase / N° di richieste ricevute		90%	75%	25	Introduzione di nuovi modelli organizzativi di flessibilità funzionale, attivazione di modalità di compensazione temporanea del personale verso contesti in situazione di criticità
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione aziendale
					100	

Il Dirigente
Dr. Pierpaolo Pateri

Il coordinatore degli uffici di Staff
Dr. Maurizio Locci

DIREZIONE GENERALE
SOCIO-SANITARIO
Responsabile: Dr. Andrea Floris

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Integrazione Ospedale Territorio nelle attività PUA e UVT	N° segnalazioni Resp. Medicina e Ortopedia PO Aziendale trasmesse dall'assistente sociale/totale segnalazioni PO Aziendale		40%	30%	25	Condivisione del percorso PUA - UVT
Miglioramento della qualità delle modalità d'accesso al PUA-UVT	Indice di soddisfazione dell'utenza	0	40%	30%	25	Somministrazione di un questionario all'utenza da compltare in maniera anonima.
Piena applicazione del percorso PUA-UVT	Rispetto dei tempi stabiliti dal percorso		50%	40%	25	Verifica tempo intercorrente tra la data di ricevimento della istanza dell'utente o dell'ospedale,da parte del PUA (fa fede la data di protocollo) e data della UVT
Mappatura del bisogno Sanitario nel Medio Campidano	Redazione del Bilancio di Salute Aziendale		Redazione del Bilancio S.Ass. entro ottobre 2011	Redazione del bilancio Socio Ass. entro novembre 2011	25	
					100	

Il Dirigente
Dr. Andrea Floris

Il coordinatore degli uffici di Staff
Dr. Maurizio Locci

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Miglioramento della qualità delle attività Amministrative	Implementazione della metodologia di Audit sui percorsi deliberati		Si	Si	30	
Migliramento del sistema informativo Aziendale	N° di servizi che adempiono agli obblighi di implementazione informatica / Totale dei servizi		100%	90%	25	Trattasi dell'implementazione del sistema sisar
Garantire il costante aggiornamento nel sito web Aziendale di tutte le informazioni di propria competenza utili agli utenti e al sistema complessivo	N° di servizi che raggingono l'obiettivo / Totale dei servizi		100%	90%	20	
Garantire la formazione al 90 % del personale dipendente in ruolo o a tempo determinato	N° di servizi che raggingono l'obiettivo / Totale dei servizi		100%	90%	25	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Fanny Pittau

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Aggiornamento della situazione giuridica di ogni singolo dipendente attraverso la verifica dei dati attualmente inseriti nel sistema SISAR	N° situazioni verificate / N° Tot Dip.		100%	90%	25	A fine anno ci sarà la corrispondenza tra il sistema Sisar e la situazione reale
Riordino fascicoli personale dipendente e medicina convenzionata con la finalità della loro successiva informatizzazione. Riscontro dei dati in banca dati SISAR con gli atti a fascicolo per ogni dipendente.	N° fascicoli verificati / N° Tot Dip.		100%	90%	25	
Chiusura pendenze economiche di applicazione istituti contrattuali (già oggetto di contrattazione decentrata) e delle relative certificazioni	% pendenze adempiute		90%	80%	20	
Garantire il costante aggiornamento nel sito web Aziendale di tutte le informazioni di propria competenza utili agli utenti e al sistema complessivo	Predisposizione ed invio all'ufficio comunicazione di mail con informativa dettagliata, per ogni evento di importanza strategica Aziendale. In ogni caso invio trimestrale di informazioni riguardanti la propria struttura.		sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	15	L'informativa trimestrale deve essere inviata entro i primi 15 giorni successivi alla scadenza del trimestre (Es. Entro il 15 Aprile le informazioni relative al trimestre Gennaio - Marzo. La mail va inviata a comunicazione@asl6sanluri.it . Vale quale verifica la data di ricezione certificata dall'ufficio Comunicazione
Garantire la formazione al 90 % del personale dipendente in ruolo o a tempo determinato	Produzione dei certificati formativi (i certificati saranno inseriti nel fascicolo personale)		90%	75%	15	per un minimo di 10 ore per ciascun lavoratore in ruolo o a tempo determinato
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Fanny Pittau

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIPART. AMM.VO FUNZ.
SERV. - CONTABILITA' E BILANCIO
Resp. Dr.Giampaolo Aroffu

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Monitoraggio trimestrale dei costi scaturenti da delibere e determine	Report trimestrali		N. 1 report per trimestre da inviare alla Direzione	N. 1 report annuale	35	
Garantire il costante aggiornamento nel sito web Aziendale di tutte le informazioni di propria competenza utili agli utenti e al sistema complessivo	Predisposizione ed invio all'ufficio comunicazione di mail con informativa dettagliata, per ogni evento di importanza strategica Aziendale. In ogni caso invio trimestrale di informazioni riguardanti la propria struttura.		sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	10	L'informativa trimestrale deve essere inviata entro i primi 15 giorni successivi alla scadenza del trimestre (Es. Entro il 15 Aprile le informazioni relative al trimestre Gennaio - Marzo. La mail va inviata a comunicazione@asl6sanluri.it . Vale quale verifica la data di invio all'ufficio Comunicazione
Collaborazione con il Collegio Sindacale per la relazione annuale da inviare alla Corte dei Conti	Bozza della relazione in tempo utile per il rispetto della scadenza		N. 1 bozza della relazione	Inserimento nella bozza della relazione dei principali dati contabili richiesti dalla Corte dei Conti	25	
Adeguamento della procedura di pagamento del Servizio Bilancio alle disposizioni della L. 136/2010	Disposizioni interne per adeguamento delle procedure		N° 1 nota, contenente l'adeguamento della procedura di pagamento, indirizzata a ciascun responsabile del procedimento del Servizio Bilancio	Acquisizione di almeno n° 5 conti dedicati da ciascun responsabile del procedimento incaricato del pagamento delle fatture dei fornitori	20	
Garantire la formazione al 90% del personale dipendente in ruolo o a tempo determinato per corsi organizzati dalla ASL	Produzione dei certificati formativi (i certificati saranno inseriti nel fascicolo personale dal Servizio Risorse Umane)		90%	75%	10	
					100	

Il Dirigente
Dr. Giampaolo Aroffu

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Fanny Pittau

DIPARTIMENTO AMM.VO FUNZIONALE.
SERVIZIO - PROVVEDITORATO
Resp. Dr.ssa Gabriella Mallica

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Mappatura approvvigionamento beni e servizi. Programmazione gare anno 2011	Esposizione degli approvvigionamenti dei diversi prodotti organizzati per tipologia e data scadenza precedenti contratti (se presenti)		100%	80%	20	La mappatura e la programmazione interessano: Dispositivi Medici, Dispositivi Medici in Vitro, Beni Economali e Sanitari, Servizi Economali e Sanitari, nelle diverse tipologie di gara: acquisto, service, noleggio, tetto di spesa, accordo quadro, repair exchange, estimatorio, ecc., da unico determinato fornitore o da plurimi fornitori
Espletamento gare per il 2011	N° gare evase / N° elnchi programmati forniti		95%	80%	30	La realizzazione del progetto è fortemente condizionata dai tempi di risposta dei diversi interlocutori (Utilizzatori, Farmacisti, Direzione Sanitaria, Responsabili Dipartimento e U.O., Referenti Esterni/Broker, ecc.)
Accorpamento in unica procedura tipologie di acquisti al momento frazionate in più contratti	N° di tipologie utilizzate		Almeno tre (3) tipologie	Almeno una (1) tipologia	20	Superare la criticità di una base di fornitura non unitaria con frammentarità delle procedure e scarsa economia di scala; Creare un tavolo tecnico condiviso, per un lavoro di team con apporto di professinalità e competenza di ciascuno.
Garantire il costante aggiornamento nel sito web Aziendale di tutte le informazioni di propria competenza utili agli utenti e al sistema complessivo	Predisposizione ed invio all'ufficio comunicazione di mail con informativa dettagliata, per ogni evento di importanza strategica Aziendale. In ogni caso invio trimestrale di informazioni riguardanti la propria struttura.		sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	15	L'informativa trimestrale deve essere inviata entro i primi 15 giorni successivi alla scadenza del trimestre (Es. Entro il 15 Aprile le informazioni relative al trimestre Gennaio - Marzo. La mail va inviata a comunicazione@asl6sanluri.it . Vale quale verifica la data di ricezione certificata dall'ufficio Comunicazione
Garantire la formazione al 90 % del personale dipendente in ruolo o a tempo determinato	Produzione dei certificati formativi (i certificati saranno inseriti nel fascicolo personale)		90%	75%	15	per un minimo di 10 ore per ciascun lavoratore in ruolo o a tempo determinato
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Gabriella Mallica

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Fanny Pittau

DIPARTIMENTO AMM.VO FUNZ.LE
SERV. TEC. LOGISTICI
Resp. Dr.ssa Guglielmina Ortu

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2010

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Realizzazione Banca dati per ciascuna struttura aziendale	Predisposizione fascicolo per ciascuna struttura		Realizzazione Banca dati per ciascuna struttura aziendale	Realizzazione Banca dati per il 70% delle strutture aziendali	30%	
Realizzazione/adeguamento strutture per attivazione Centri della Salute ;Tuili,Villamar,Lunamatrona,Serramanna	Relazione trimestral e relativa all'andamento dei lavori		Realizzazione/adeguamento strutture per attivazione Centri della Salute	Realizzazione/adeguamento strutture per attivazione Centri della Salute nei Comuni :Tuili, Villamar,Lunamatrona	30%	
Messa a regime sistema di archiviazione nella SEDE LEGALE	Avviamento e implementazione del sistema di archiviazione SEDE LEGALE		Si	Si	20%	
Garantire il costante aggiornamento nel sito web Aziendale di tutte le informazioni di propria competenza utili agli utenti e al sistema complessivo	Predisposizione ed invio all'ufficio comunicazione di mail con informativa dettagliata, per ogni evento di importanza strategica Aziendale. In ogni caso invio trimestrale di informazioni riguardanti la propria struttura.		sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	sito sempre aggiornato sui principali eventi di competenza	10%	L'informativa trimestrale deve essere inviata entro i primi 15 giorni successivi alla scadenza del trimestre (Es. Entro il 15 Aprile le informazioni relative al trimestre Gennaio - Marzo. La mail va inviata a comunicazione@asl6sanluri.it . Vale quale verifica la data di ricezione certificata dall'ufficio Comunicazione
Garantire la formazione al 90 % del personale dipendente in ruolo o a tempo determinato	Produzione dei certificati formativi (i certificati saranno inseriti nel fascicolo personale)		90%	75%	10%	per un minimo di 10 ore per ciascun lavoratore in ruolo o a tempo determinato
					100%	

Il Dirigente
Dr.ssa Guglielmina Ortu

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Fanny Pittau

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati negli ambienti di pertinenza della DSPO		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla Direzione Aziendale
Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri	N° di ricoveri valutati / N° di ricoveri campionati		80%	70%	25	La valutazione dell'appropriatezza deve essere condotta nel rispetto del percorso organizzativo deliberato
Controllo della completezza delle cartelle cliniche	N° di cartelle controllate / N° di cartelle campionate		80%	70%	25	Il controllo della completezza deve essere condotto nel rispetto del percorso organizzativo deliberato
Definizione di un percorso clinico-amministrativo per il traferimento dei pazienti in reparti di degenza ospedalieri ed extraospedalieri post-acuti	Formalizzazione del percorso		SI	SI	25	
					100	

Il Dirigente
Dr. Giuseppe Sechi

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	75%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Adeguamento delle prestazioni ospedaliere di competenza con l'aumento dei DRG chirurgici dipartimentali	N° di reparti che rispettano l'obiettivo / Tot dei reparti che hanno l'obiettivo di aumentare la casistica dei DRG chirugici		100%	75%	20	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di reparti che rispetano l'obiettivo / Tot dei reparti		100%	75%	20	
Diminuzione della degenza media relativa ai DRG medici	N° di reparti che rispetano l'obiettivo / Tot dei reparti che hanno l'obiettivo di diminuire la degenza media		100%	75%	20	
Garantire la reffertazione richiesta da altri reparti servizi entro 24 / 48 ore per i Pz. interni	N° di reparti che rispetano l'obiettivo / Tot dei reparti		100%	75%	20	24 per le consulenze mediche - 48 per le consulenze strumentali
					100	

Il Dirigente
Dr. Giulio Sorrentino

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

Dipartimento di Chirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Resp. Dr. Giulio Sorrentino

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Adeguamento delle prestazioni ospedaliere di competenza	N° DRG chirurgici / N° DRG totali	66%	67%	65%	20	
Diminuzione della degenza media relativa ai DRG medici	Media gg degenza DRG medico	9,8	8,5	8	20	Non inviati dal PS
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	20	
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi entro 24 ore per le consulenze mediche e 48 per le consulenze strumentali per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Responsabile
Dr. Giulio sorrentino

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Applicazione del percorso sull'analgesia del parto	N° di analgesie effettuate / N° di analgesie richieste		90%	80%	25	La richiesta viene effettuata nel momento del parto e segnalata in cartella
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	25	
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi entro 12 ore per le consulenze mediche e 24 per le consulenze strumentali per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	25	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Responsabile
Dr. Tonio Sollai

Il Direttore Dipartimento
Dr. Giulio Sorrentino

Dipartimento di Chirurgia
Chirurgia Generale:
Prof. Francesco Scintu

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Adeguamento delle prestazioni ospedaliere di competenza	N° DRG chirurgici / N° DRG totali	23%	25%	23%	20	
Diminuzione della degenza media relativa ai DRG medici	Media gg degenza DRG medico	8,6	7,6	8	20	Esclusi i traumi cranici e le patologie endoscopiche
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	20	
Garantire la prestazione richiesta da altri reparti servizi entro 24 ore per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Responsabile
Dr. Francesco Scintu

F. Scintu

Il Direttore Dipartimento
Dr. Giulio sorrentino

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Adeguamento delle prestazioni ospedaliere di competenza	N° DRG chirurgici / N° DRG totali	35%	38%	35%	20	
Diminuzione della degenza media relativa ai DRG medici	Media gg degenza DRG medico	10,7	8,5	9	20	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	20	
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi entro 24 ore per le consulenze mediche e 48 per le consulenze strumentali per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Responsabile
Dr. Eugenio Mereu

Il Direttore Dipartimento
Dr. Giulio Sorrentino

Dipartimento di Chirurgia
Diagnostica Endoscopica
Resp. Dr. Stefano Sanna

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione
Applicazione del percorso sugli screening del colon retto	N° di prestazioni effetuate / N° di prestazioni richieste		100%	90%	25	Analisi dei costi per gli screening
Miglioramento delle prestazioni di endoscopia	N° di prestazioni erogate	2700	2800	2750	25	Prestazioni per esterni
Garantire la prestazioni edoscopiche richieste da altri reparti servizi entro 5 gg per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	25	Se viene garantita una risorsa infermieristica si può fare per 72 ore
					100	

Il Responsabile
Dr. Stefano Sanna

Il Direttore Dipartimento
Dr. Giulio sorrentino

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Adeguamento delle prestazioni ospedaliere di competenza	N° DRG chirurgici / N° DRG totali	36%	40%	36%	20	
Miglioramento qualità assistenziale	Rispetto delle procedure e tempi di dimissione		Si	Si	20	Procedure e tempi così come previsti nel percorso nascita - Valutati in sede di Audit
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di procedure informatiche (SDO, Cedap, IVG) chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di procedure informatiche (SDO, Cedap, IVG) Totali al mese di competenza		100%	90%	20	
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi entro 24 ore per le consulenze mediche e 48 per le consulenze strumentali per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Responsabile
Dr. Carlo Tomasi

Il Direttore Dipartimento
Dr. Giulio Sorrentino

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Miglioramento continuo attraverso un iniziale allestimento di un Sistema Gestionale di Qualità (SGQ) conforme alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	Monitoraggio dei processi direttamente implicati nel ciclo produttivo e di quelli gestionali o di supporto		Redazione di n. 5 Istruzioni Operative e n. 7 Procedure	Redazione di n. 3 Istruzioni Operative e n. 5 Procedure	25	Istruzioni Operative e Procedure debbono essere approvate dal Direttore del Servizio. Lo staff del DdS ed il Direttore del DdS supportano il Servizio per l'allestimento del SGQ
Razionalizzazione attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	% di richieste evase secondo metodologia condivisa		30%	25%	25	Definizione del tempo di gestione dell'urgenza (timing): relativamente al livello di priorità (alto, medio, basso) espresso dalla richiesta proveniente dal P.S. - Il timing è calcolato dal momento in cui si ha la disponibilità dei campioni/pz in laboratorio al momento in cui si trasferisce il risultato al P.S.
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi entro 24 / 48 ore per i Pz. interni	N° di reparti che rispetano l'obiettivo / Tot dei reparti		100%	80%	25	24 per le consulenze mediche a partire dalla disponibilità del pz. - 48 per le consulenze strumentali
					100	

Il Dirigente
Dr. Francesco Ronchi

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
Laboratorio analisi
Resp. Dr. Francesco Ronchi

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Miglioramento continuo attraverso l'impostazione e certificazione del Sistema Gestionale di Qualità (SGQ)	Certificazione rilasciata dagli ispettori CSQ-IMQ		Certificazione SGQ in conformità alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	Certificazione SGQ in conformità alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	35	
Razionalizzazione attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	% di richieste evase secondo metodologia condivisa		30%	25%	25	Definizione del tempo di gestione dell'urgenza (timing); relativamente al livello di priorità (alto, medio, basso) espresso dalla richiesta proveniente dal P.S. - Il timing è calcolato dal momento in cui si ha la disponibilità dei capioni in laboratorio al momento in cui si trasferisce il risultato al P.S.
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi immediata per i Pz. Interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Dirigente
Dr. Francesco Ronchi

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Miglioramento continuo attraverso un iniziale allestimento di un Sistema Gestionale di Qualità (SGQ) conforme alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	Monitoraggio dei processi direttamente implicati nel ciclo produttivo e di quelli gestionali o di supporto		Redazione di n. 5 Istruzioni Operative e n. 7 Procedure	Redazione di n. 3 Istruzioni Operative e n. 5 Procedure	20	Istruzioni Operative e Procedure debbono essere approvate dal Direttore del Servizio. Lo staff del DdS ed il Direttore del DdS supportano il Servizio per l'allestimento del SGQ
Razionalizzazione attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	% di richieste evase secondo metodologia condivisa		30%	25%	20	Definizione del tempo di gestione dell'urgenza (timing): relativamente al livello di priorità (alto, medio, basso) espresso dalla richiesta proveniente dal P.S. - Il timing è calcolato dal momento in cui si ha la disponibilità dei capioni in laboratorio al momento in cui si trasferisce il risultato al P.S.
Miglioramento dei flussi informativi aziendali	utilizzo del sistema ris / pacs ed attivazione della telemedicina		si	si	20	
miglioramento qualità assistenziale	tempi di refertazione su pz. interni per la TC ed ECO entro 72 ore		meno di 8 segnalazioni non giustificate	meno di 12 segnalazioni non giustificate	20	Fa fede la data di refertazione
					100	

Il Dirigente

Il Direttore di Dipartimento
Dr. Francesco Ronchi

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
Trasfusionale : Resp: Dr.ssa Batzella M.Grazia

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Miglioramento continuo attraverso un iniziale allestimento di un Sistema Gestionale di Qualità (SGQ) conforme alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	Monitoraggio dei processi direttamente implicati nel ciclo produttivo e di quelli gestionali o di supporto		Redazione di n. 5 Istruzioni Operative e n. 7 Procedure	Redazione di n. 3 Istruzioni Operative e n. 5 Procedure	20	Istruzioni Operative e Procedure debbono essere approvate dal Direttore del Servizio. Lo staff del DdS ed il Direttore del DdS supportano il Servizio per l'allestimento del SGQ
Razionalizzazione attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	% di richieste evase secondo metodologia condivisa		30%	25%	20	Definizione del tempo di gestione dell'urgenza (timing): relativamente al livello di priorità (alto, medio, basso) espresso dalla richiesta proveniente dal P.S. - Il timing è calcolato dal momento in cui si ha la disponibilità dei campioni in laboratorio al momento in cui si trasferisce il risultato al P.S.
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	Compilazione degli accessi dei DH a sistema nei mesi di competenza entro 15 gg dalla fine del mese		100%	90%	20	
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Garantire la refertazione richiesta da altri reparti servizi entro 12 ore per le consulenze mediche e 24 per le consulenze strumentali per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		3	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Maria Grazia Batzella

Il Direttore di Dipartimento
Dr. Francesco Ronchi

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Miglioramento continuo attraverso l'iniziale allestimento di un Sistema Gestionale di Qualità (SGQ) conforme alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	Monitoraggio dei processi direttamente implicati nel ciclo produttivo e di quelli gestionali o di supporto		Redazione di n. 5 Istruzioni Operative e n. 7 Procedure	Redazione di n. 3 Istruzioni Operative e n. 5 Procedure	20	Istruzioni Operative e Procedure debbono essere approvate dal Direttore del Servizio. Lo staff del DdS ed il Direttore del DdS supportano il Servizio per l'allestimento del SGQ
Razionalizzazione attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	% di richieste inviate ai servizi secondo modalità condivisa		50%	40%	20	Definizione del livello di Priorità: Distinzione delle richieste sulla base del livello di priorità (alto, medio, basso) riferito all'urgenza-emergenza - Necessario aggiornamento del software che preveda la distinzione delle richieste a seconda del livello di priorità (alto, medio, basso)
Miglioramento dei flussi informativi aziendali	Attivazione del flusso Emur ed integrazione con la centrale operativa regionale		si	si	20	
Filtro in PS per ricoveri	N° di accessi che non vengono ricoverati / N° totale di accessi in P.O. * 100	75%	76%	75%	20	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Maria Annunziata Baldussi

Il Direttore di Dipartimento
Dr. Francesco Ronchi

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile	Peso Obiettivo %	Note
Miglioramento continuo attraverso un iniziale allestimento di un Sistema Gestionale di Qualità (SGQ) conforme alla Norma UNI EN ISO 9000:2008	Monitoraggio dei processi direttamente implicati nel ciclo produttivo e di quelli gestionali o di supporto		Redazione di n. 5 Istruzioni Operative e n. 7 Procedure	Redazione di n. 3 istruzioni Operative e n. 5 Procedure	20	Istruzioni Operative e Procedure debbono essere approvate dal Direttore del Servizio. Lo staff del DdS ed il Direttore del DdS supportano il Servizio per l'allestimento del SGQ
Razionalizzazione attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	% di richieste evase secondo metodologia condivisa		30%	25%	20	Definizione del tempo di gestione dell'urgenza (timing): relativamente al livello di priorità (alto, medio, basso) espresso dalla richiesta proveniente dal P.S. - il timing è calcolato dal momento in cui si ha la disponibilità dei campioni in laboratorio al momento in cui si trasferisce il risultato al P.S.
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Implementazione del magazzino unico aziendale	N° di richieste di collaborazione evase / N° di richieste totali		100%	90%	20	
Miglioramento dei flussi informativi aziendali	Produzione trimestrale dei dati sulla distribuzione diretta		Invio entro i 15 gg successivi alla scadenza del trimestre	Invio entro i 20 gg successivi alla scadenza del trimestre	20	i dati devono essere inviati al servizio Programmazione e Controllo
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Silvia Boi

Il Direttore di Dipartimento
Dr. Francesco Ronchi

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Implementazione della customer satisfaction nei reparti	N° di reparti in cui sperimentare la customer		2	1	20	La customer va gestita con la consegna di lettera preaffrancata
riduzione tasso di ospedlaizzazione patologie assistibili domiciliarmente	N° ricoveri BPCO / pop 50-74 anni * 100.000	137,9	130	132	15	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di reparti che rispetano l'obiettivo / Tot dei reparti		100%	90%	20	
Garantire le consulenze mediche ordinarie, richiesta da altri reparti servizi, entro 12 ore per i Pz. interni	N° di reparti che rispetano l'obiettivo / Tot dei reparti		100%	90%	20	
					100	

Il Dirigente
Dr. Pietro Tardiola

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

Dipartimento di Medicina
Medicina Generale
Resp. Dr. Pietro Tardiola

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Miglioramento appropriatezza ricoveri	N° di dimissioni entro le 24 ore	341	+ 10 %	+ 5 %	10	Valido a partire dal 1° Ottobre
Riduzione ricoveri evitabili con finalità diagnostica	% diurni medici con finalità diagnostica	47,7	42	45	15	
Riduzione ricoveri ripetuti	% ricoveri ripetuti entro 30 gg	4,7	4,5	4,6	20	
Implementazione della customer satisfaction nel reparto	N° di questionari consegnati agli utenti		300	280	15	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	Compilazione degli accessi dei DH a sistema nei mesi di competenza		100%	90%	15	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	15	
Garantire le consulenze mediche ordinarie, richieste da altri reparti servizi, entro 12 ore per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		0	5	10	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Dirigente
Dr. Pietro Tardiola

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Salvatore Piu

Dipartimento di Medicina
Cardiologia e Utic
Resp. Dr. Gianfranco Ibba

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Potenziamento attività di Prevenzione	prosecuzione progetto di prevenzione rischio cardiovascolare		si	si	25	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	Compilazione degli accessi dei DH a sistema nei mesi di competenza		100%	90%	25	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	25	
Garantire le consulenze mediche ordinarie, richieste da altri reparti servizi, entro 12 ore per i Pz. interni	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		0	5	25	Se la richiesta perviene dopo le 10 del mattino, la consulenza viene garantita entro le 24 ore
					100	

Il Dirigente
Gianfranco Ibba

IL Direttore di Dipartimento
Dr. Pietro Tardiola

Dipartimento di Medicina
Oncologia:
Resp. Dr.ssa Giulia Gramignano

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	20	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale (utilizzo dei tamponi intorno alla cappa)
Implementazione della customer satisfaction nel reparto	% grado di adesione alla customer da parte dell'utente		50%	40%	20	
Aggiornamento protocollo per la manipolazione dei farmaci antiblastici	Stesura ed implementazione		Stesura ed implementazione entro Maggio 2011	Stesura ed implementazione entro Giugno 2011	20	
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	Compilazione degli accessi dei DH a sistema nei mesi di competenza entro 5 gg		100%	90%	20	
Garantire le consulenze mediche entro le 12 ore per i Pz. interni non urgenti nei giorni istituzionali	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		0	5	20	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Giulia Gramignano

IL Direttore di Dipartimento
Dr. Pietro Tardiola

Dipartimento di Medicina
Nefrologia e dialisi:
Resp. Dr.ssa Maria Cristina Mereu

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Garantire la continuità delle prestazioni ambulatoriali nel territorio (Ambulatorio di Serramanna) per ridurre le liste d'attesa	n. di prime visite ambulatoriali	56	80	70	25	
Miglioramento della qualità assistenziale	Riorganizzazione della dialisi peritoneale con locale dedicato nel P.O.		si	si	25	
Garantire le consulenze mediche entro le 48 ore per i Pz. interni non urgenti	N° di segnalazioni di inadempienza che pervengono alla direzione sanitaria		0	5	25	Qualora non si riceva la prestazione richiesta entro le 48 ore, si deve comunicare l'evento avverso alla direzione sanitaria del P.O.
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Maria Cristina Mereu

IL Direttore di Dipartimento
Dr. Pietro Tardiola

Dipartimento di Medicina
Pediatria Neonatologia Nido
Resp. Dr. Roberto Antonucci

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire il rispetto dei criteri igienico sanitari degli ambienti e degli arredi Sanitari Ospedalieri	N° di accertamenti positivi / N° di accertamenti effettuati		100%	90%	25	L'accertamento igienico degli ambienti verrà effettuato da apposita commissione predisposta dalla direzione sanitaria aziendale
Migliormaneto qualità assistenziale	Rispetto delle procedure e tempi di dimissione		Si	Si	25	Procedure e tempi così come previsti nel percorso nascita - Valutati in sede di Audit
Miglioramento dei flussi di attività ufficiali	N° di SDO chiuse entro i 5 gg successivi al mese di competenza / N° di SDO Totali al mese di competenza		100%	90%	25	
Potenziamento dello screening neonatale	N° di screening eseguiti / N° di neonati	0%	100%	90%	25	La valutazione dell'obiettivo potrà iniziare dopo la reale attivazione dello screening metabolico e udittivo
					100	

Il Dirigente
Dr. Roberto Antonucci

IL Direttore di Dipartimento
Dr. Pietro Tardiola

Dipartimento prevenzione
Servizio : Spresal
Responsabile: Dr.ssa Pierina .Manca

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire l'attuazione del progetto di competenza "Sicurezza in edilizia "contenuto nel PRP	N° di cantieri controllate		104	90	25	
Garantire l'attuazione del progetto di competenza "Sicurezza in agricoltura" contenuto nel PRP	N° aziende controllate		33	25	25	
Sperimentare la registrazione informatizzata delle attività riguardanti i piani di bonifica amianto nel sistema SISAR al fine di poter implementare l'analisi dell'attività svolta e il flussi dei dati correnti verso la RAS.	n. di piani di lavoro registrati nel SISAR	20	100	80	15	
Garantire l'attività ambulatoriale per lavoratori ex esposti all'amianto che ne fanno richiesta	N° di ex lavoratori esaminati / N° di lavoraotri che ne fanno richiesta		100%	80%	20	
Aggiornare e implementare il sistema di registrazione informatizzata delle attività istituzionali svolte dal servizio	n. registrazioni effettuate / n. delle attività istituzionali svolte	2099=98%	100%	90%	15	
					100	

Il Dirigente
Dr. ssa Pierina Manca

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE:
Servizio Igienev sanità Pubblica
Direttore: Dr.antonio Frailis

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Dare attuazione al progetto regionale per l'incremento della vaccinazione antipneumococco	n. di soggetti vaccinati ex novo / n. di soggetti recuperati		100%	70%	10	
Migliorare la copertura del vaccino antifluenzale nell'anziano	% popolazione vacinata over 65	11.144 / 20.917 = 53,3 %	57%	55%	20	
Estendere lo screening mammografico per le donne 50 - 69 anni	% popolazione target convocate età 50-69 anni	4632/6278=74,78%	79%	78,2%	20	
attuazione dei programmi di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina, del carcinoma della mammella, del tumore del colon-retto	n. di soggetti invitati / n. di soggetti che aderiscono		50% cervice - 50% mammella - 30% colon	40% cervice - 40% mammella - 25% colon	20	
partecipare alle iniziative informative-formative nell'ambito del progetto " Prevenzione incidenti domestici" e "Sicurvia -Programma di intervento sull'infortunistica stradale "	n. di insegnanti formati		10	8	10	
Implementazione e gestione del sistema di sorveglianza "PASSI"	n. di questionari somministrati / n.questionari assegnati		100%	90%	10	
Aggiornare e implementare il sistema di registrazione informatizzata di tutte le attività svolte nell'ambito del servizio	n. di attività registrate		registrare almeno l'80% delle attività svolte	registrare almeno il 60% delle attività svolte	10	
					100	

Il Dirigente
Dottor Antonio Frailis

IL Responsabile
Dr. ssa Pierina Manca

6

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene degli alimenti
Responsabile: dr. Iginio Pintor

ASL 6 Sanluri
Obiettivi 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Implementare il controllo ufficiale sull'impiego dei prodotti fitosanitari nelle Aziende agricole	N° Aziende controllate	15	17	16	25	Le aziende saranno controllate secondo il piano ufficiale approvato dalle regioni in data 8 04 2009 (vedi schede allegata)
Aggiornamento della mappatura degli acquedotti pubblici e rivalutazione dell'idoneità dei punti di prelievo a livello degli impianti di adduzione, accumulo, potabilizzazione e reti di distribuzione.	N° di acquedotti mappati, punti prelievo censiti e serbatoi di accumulo registrati e valutati		373	335	25	
Partecipazione all'equipe multiprofessionale nell'ambito del progetto dei PRP " Il movimento è vita" - interventi nella popolazione scolastica delle scuole medie inferiori"	N° di partecipazione ad eventi formativi e informativi		6	4	20	
Realizzare campagne di comunicazione, iniziative formative/informative (seminari, convegni, materiale informativo) rivolte a cittadini utenti	N° di iniziative realizzate		3	2	15	
Aggiornare il sistema di registrazione informatizzata di tutte le attività istituzionali svolte nell'ambito del Servizio.	n. di registrazioni effettuate/n.delle attività istituzionali svolte	1132 / 1394	100%	80%	15	
					100	

Il Dirigente
Dr. Iginio Pintor

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Pierina Manca

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE:
Servizio Igiene alim.orig. anim.
Responsabile: Dr ssa Piombo Paola

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
procedere alla categorizzazione del rischio degli stabilimenti a riconoscimento CE	n. di stabilimenti valutati/n. di stabilimenti riconosciuti presenti	14/17	100%	80%	25	
Miglioramento e sperimentazione della procedura standardizzata, del percorso organizzativo approvato"Epidemiosorveglianza e profilassi igienico sanitaria dell'echinococcosi cistica nell'uomo e negli animali"	n. di positività rilevate al macello e trasmissione al referente SIAOA, alle ASL competenti , al CENRE, ai servizi I.P., Ig. Allev. E Sanità animale	2630 / 2630	100%	90%	25	
Mantenimento del livello di attività di competenza (previste dai livelli essenziali di assistenza), in riferimento alle macellazioni commerciali, per uso famiglia e relativamente all'attuazione dei piani BSE , TSE, Brucellosi, trichinella e pesti suine e miglioramento del controllo ufficiale degli alimenti di origine animale	n. di controlli effettuati / n. di controlli previsti	156833 /156833 = 56%	65%	60%	15	
Aggiornare e implementare il sistema di registrazione informatizzata delle attività istituzionali svolte dal servizio in relazione alle macellazioni uso famiglia	n. suini inseriti in banca dati / n. suini totali macellati	1183 / 1183	100%	90%	25	
Realizzare e/o partecipare a campagne di comunicazione, iniziative formative/informative (seminari, convegni, materiale informativo) rivolte a cittadini utenti	n. di iniziative realizzate	3	3	2	10	
					100	

Il Dirigente
Dr. ssa Paola Piombo

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Pierina Manca

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene allevamenti
Direttore: Dr. Ugo Fanari

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
implementazione dell'anagrafe canina	n. di cani anagrafati	400	400	350	25%	
potenziamento del controllo ufficiale per la valutazione della carica microbica nel latte caprino	n. di campioni effettuati	0	20	18	25%	
Miglioramento e sperimentazione della procedura standardizzata, del percorso organizzativo approvato"Epidemiosorveglianza e profilassi igienico sanitaria dell'echinococcosi cistica nell'uomo e negli animali"	n. di allevatori coinvolti in iniziate di educazione sanitarie	0	40%	35%	25%	la percentuale viene calcolata rispetto al numero degli allevamenti segnalati come positivi
Realizzare e/o partecipare a campagne di comunicazione, iniziative formative/informative (seminari, convegni, materiale informativo) rivolte a cittadini utenti	n. di iniziative realizzate	3	3	3	15%	
implementare il sistema di registrazione informatizzata delle attività svolte nell'ambito del servizio anche mediante SISAR	n. di attività registrate	400	600	500	10%	il numero indicato per il 2010 è riferito all'anagrafe canina
					100%	

Il Dirigente
Dottor Ugo Fanari

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Pierina Manca

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio: Sanità animale
Responsabile: Dr. Enrico Vacca

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Aggiornamento e completamento dei dati presenti nella Banca Dati Nazionale dell'anagrafe zootecnica con le informazioni mancanti (n. 355), e registrazione costante dell'aggiornamento annuale dei censimenti degli allevamenti presenti nel territorio	N° delle informazioni integrate e degli allevamenti con censimento registrato in BDN / N° di allevamenti presenti nella provincia del medio campidano e comunicati	98%	100%	85%	25%	2294 censimeni registrati nel 2010
Mantenimento del livello di attività di competenza (previste dai livelli essenziali di assistenza) in riferimento al piano regionale di eradicazione della peste suina africana e della peste suina classica	n. di aziende controllate / numero di aziende suinicole soggette al "programma di monitoraggio su base random" o a commercializzazione di animali		100%	90%	25%	232 aziende controllate nel 2010
Sperimentazione della registrazione informatizzata delle attività riguardanti il piano di profilassi della brucellosi ovina e caprina nel sistema SISAR ai fine di poter implementare flussi informativi verso la RAS	n. degli interventi di profilassi sulla brucellosi ovina e caprina registrati nel SISAR / n. di interventi di profilassi svolti		70%	40%	15%	130 aziende sottoposte a controllo per brucellosi
Realizzare campagne di comunicazione e iniziative informative (seminari, convegni, materiale informativo) rivolte a cittadini-utenti e aggiornare costantemente il sito web aziendale	numero di iniziative realizzate e n. di aggiornamenti del sito aziendale	tre iniziative e quattro aggiornamenti del sito	tre iniziative e quattro aggiornamenti del sito	due iniziative e due aggiornamenti del sito	25%	
Aggiornamento del sistema di registrazione informatizzata di tutte le attività istituzionali svolte nell'ambito del Servizio	n. registrazioni effettuate / n. delle attività istituzionali svolte	20.875 attività registrate	95%	90%	10%	
					100%	

Il Dirigente
Dr. Enrico Vacca

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Pierina Manca

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE:
Servizio Ambiente e salute
Responsabile: Dr.Giancarlo Marras

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Realizzare un piano di controllo e verifica delle attività paresanitarie presenti nel territorio relative a estetisti, pearcing, tatuatori al fine di garantire la rispondenza alle norme	n. di attività controllate/n. di attività presenti nel territorio come da censimento comunale	0	100%	80%	20	Vedi scheda allegata
Realizzare un piano di controllo e verifica negli asili nido pubblici e privati	n. di scuole controllate/n. di scuole presenti nel territorio	0	100%	100%	20	
Sperimentazione del percorso organizzativo elaborato relativo a " Segnalazione di inconvenienti igienico-sanitari"	n. di segnalazioni-richieste di intervento evase e aviate / n. di segnalazioni- richieste di intervento pervenute	393	100% delle richieste evase entro un mese dalla richiesta	90% delle richieste evase entro un mese dalla richiesta	25	Vedi scheda allegata
partecipare alle iniziative informative-formative nell'ambito del progetto " Prevenzione incidenti domestici" e "Sicurvia Programma di intervento sull'infortunistica stradale " ed aggiornare costantemente il sito aziendale	n. di insegnanti formati	0	10	8	25	
Aggiornare e implementare il sistema di registrazione informatizzata di tutte le attività svolte nell'ambito del servizio	n. di attività registrate	1400	registrare almeno l'80% delle attività svolte	registrare almeno il 70% delle attività svolte	10	
					100	

Il Dirigente
Dr. Giancarlo Marras

Il Direttore del Dipartimento
Dr. ssa Pierina Manca

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Garantire l'attuazione del progetto "Sicurezza in agricoltura"contenuto nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012	n. di aziende controllate		33	20	25	nel periodo giugno-dicembre 2011
Sperimentare la registrazione informatizzata di attività specifiche dei servizi nel sistema SISAR al fine di poter implementare l'analisi dell'attività svolta e il flussi dei dati correnti verso la RAS.	n. di servizi che attuano la sperimentazione		2	1	25	
Avviare i progetti multidisciplinari e multiprofessionali" Prevenzione incidenti domestici" e "Sicurvia - Programma di intervento sull'infortunistica stradale "	n. di insegnanti formati	0	10	8	10	
Implementare e gestire i sistemi di sorveglianza "PASSI" , HBSC e CCM3	n. di questionari somministrati / questionari assegnati	0	17/17 mensili =100%	90% di 17	25	
Realizzare campagne di comunicazione e iniziative informative (seminari, convegni, materiale informativo) rivolte a cittadini-utenti	numero di iniziative realizzate		12	8	15	
					100	

Il Dirigente
Dr. ssa Pierina Manca

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Incremento del numero delle terapie di gruppo rivolte a utenti con psicosi e delle psicoeducazioni di gruppo rivolte ai familiari di utenti con psicosi	numero di gruppi attivi durante tuttto il corso dell'anno	6	10	9	25	Si intende migliorare la qualità dell'assistenza nei confronti degli utenti con psicosi con interventi scientificamente validati
Pubblicazione a carattere scientifico sull'attività clinica sulla salute mentale	N° di pubblicazioni effettuate nel corso dell'anno		4	2	25	
POTENZIAMENTO ATTIVITA DI PREVENZIONE	N° PROGETTI IMPLEMENTATI	1	3	2	25	ATTIVITA STRUTTURATE PREVEDENTI PIU INTERVENTI
Governo delle attività cliniche sanitarie legate all'integrazione con i privati	Rispetto dei tetti di spesa Regionali		Si	SI	25	
					100	

Il Direttore Dipartimento F.F.
DR. ANGELO FOIS

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
Struttura SERD
Resp : Dr. Angelo Fois

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
ATTIVAZIONE GRUPPI TERAPEUTICI	N° GRUPPI ATTIVATI	0	2	1	25	GRUPPI UTENTI E/O GRUPPI FAMILIARI
POTENZIAMENTO ATTIVITA INTEGRATE NEL TERRITORIO CON ENTI E MMG	N° PZ LEGATI AD INTERVENTI INTEGRATI	10	20	15	25	ENTI: COMUNI, COMUNITA, SERVIZI SOCIO SANITARI, TRIBUNALI, PREFETTURA
POTENZIAMENTO ATTIVITA DI PREVENZIONE	N° PROGETTI IMPLEMENTATI	1	3	2	25	ATTIVITA STRUTTURATE PREVEDENTI PIU INTERVENTI
Governo delle attività cliniche sanitarie legate all'integrazione con i privati	Rispetto dei tetti di spesa Regionali		Si	SI	25	
					100	

Il Direttore SER. D.
Dr. Angelo Fois

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENDENZA
Struttura: Salute Mentale
Resp.FF Dr. Alessandro Coni

ASL 6 SANLURI
OBIETTIVI 2011

DIREZIONE GENERALE
Programmazione e Controllo

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Incremento del numero delle terapie di gruppo rivolte a utenti con psicosi e delle psicoeducazioni di gruppo rivolte ai familiari di utenti con psicosi	numero di gruppi attivi durante tuttto il corso dell'anno	6	10	9	**30**	Si intende migliorare la qualità dell'assistenza nei confronti degli utenti con psicosi con interventi scientificamente validati
Realizzazione di eventi pubblici di lotta allo stigma e di sensibillizzazione su tematiche attinenti la malattia mentale	numero di eventi pubblici		6	4	**20**	
Standardizzazione delle procedure operative nelle due sedi del C.S.M.	Numero di procedure condivise e attivate	2	3	2	**25**	
Pubblicazione a carattere scientifico sull'attività clinica sulla salute mentale	N° di pubblicazioni effettuate nel corso dell'anno		2	1	25	
					100	

Il Dirigente
Dr. Antonello Coni F.F.

Il Direttore Dipartimento
Dr. Angelo Fois F.F.

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	% Peso Obiettivo	Note
Prevenzione diagnosi e cura di eventuali patologie legate al diabete gestazionale tramite protocollo di screening inserito all'interno del percorso nascita	N° di donne gravide osservate dal servizio di Diabetologia/ N° dei parti dell'Ospedale	70% gravide	75% gravide	70% gravide	25	
Prevenzione e diagnosi della patologia tiroidea e delle altre patologie endocrine	n° di prestazioni	350	380	350	25	le prestazioni comprendono n°300 visite e n° 80 ecografie tiroidee
Prevenzione del rischio di neuropatia autonomica nei pazienti con diabete di tipo 2 in gestione integrata mediante esecuzione di esame neurotester presso l' U.O.C. di Diabetologia	n° di prestazioni		60	40	25	n° 60 test di neuropatia autonomica mediante neurotester
Prevenzione e diagnosi delle patologie legate alle dislipidemie e del rischio cardiovascolare nei pazienti con diabete di tipo 2 esecuiti presso l' U.O.C.di Diabetologia	n° di prestazioni	300	400	300	25	le prestazioni comprendono n°300 visite e n° 100 ECG
					100	

Il Dirigente
Dr. Vincenzo Sica

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

6

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Contenimento della spesa dei farmaci PHT distribuiti dalle farmacie in regime di convenzione entro il 5% del totale.	% di farmaci PHT distribuiti dal servizio farmaceutico	94,50%	95,00%	94,75%	20	
Predisposizione dati quali - quantitativi per espletamento gara farmaci per i lotti deserti	Predisposizione ed invio entro tempi utili per il 2011		Invio entro Febbraio	Invio entro Marzo	20	Lotti deserti gara area vasta sud Sardegna
Riduzione dei tempi di controllo delle ricette dell'Assistenza Integrativa (celiaci e medicazione) al fine di recuperare l'attività pregressa al giugno 2011	Recupero pregresso		ott-11	ago-11	20	Verifica intermedia il 01/07/2011
Miglioramento flussi informativi Aziendali	N° di invii entro i termini / N° di invii dovuti		100%	80%	20	Rispetto della tempistica per i flussi F, D e CMO
Implementazione del magazzino unico aziendale	N° di richieste di collaborazione evase / N° di richieste totali		100%	90%	20	
					100	

Il Dirigente
Dr. Giuseppe Contu

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Completare la razionalizzazione dell'accesso all'assistenza specialistica attraverso la definizione e l'implementazione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei al fine di privilegiare le priorità cliniche"	Documento tecnico su proposta nuovi RAO	RAO oculistica; ORL, ortopedia e reumatologia	RAO: angiologia e cardiologia	RAO:cardiologia	15	
Implementazione percorso aziendale PUA e UVT e suo completamento	Rispetto delle procedure e dei tempi del percorso aziendale		Risposta entro 3 gg dalla segnalazione del reparto	Risposta entro 4 gg dalla segnalazione del reparto	15	
Sviluppare ADI a favore degli anziani non autosufficienti	% ultra65 trattati in ADI	448 / 20917 = 2,1 %	2,35%	2,30%	25	
Sviluppare assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti	% ultra75 trattati in strutture residenziali	156 / 10.081 =1,55 %	2,20%	2,00%	25	
Implementazione delle azioni previste per i RAO	monitoraggio richieste visite otorino e reumatologia	0	80 % totale ricette	50% totale ricette	20	
					100	

Il Dirigente
Dr. Aldo Casadio

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu

6

OBIETTIVI	INDICATORI	Valore 2010	Valore atteso 2011	Valore minimo accettabile 2011	Peso Obiettivo %	Note
Completare la razionalizzazione dell'accesso all'assistenza specialistica attraverso la definizione e l'implementazione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei al fine di privilegiare le priorità cliniche"	Documento tecnico su proposta nuovi RAO	RAO oculistica; ORL, ortopedia e reumatologia	RAO: angiologia e cardiologia	RAO:cardiologia	15	
Implementazione percorso aziendale PUA e UVT e suo completamento	Rispetto delle procedure e dei tempi del percorso aziendale		Risposta entro 3 gg dalla segnalazione del reparto	Risposta entro 4 gg dalla segnalazione del reparto	15	
Sviluppare ADI a favore degli anziani non autosufficienti	% ultra65 trattati in ADI	448 / 20917 = 2,1 %	2,35%	2,30%	25	
Sviluppare assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti	% ultra75 trattati in strutture residenziali	156 / 10.081 =1,55 %	2,20%	2,00%	25	
Implementazione delle azioni previste per i RAO	monitoraggio richieste visite otorino e reumatologia	0	80 % totale ricette	50% totale ricette	20	
					100	

Il Dirigente
Dr.ssa Annaclara Melis

Il Direttore Generale
Dr. Salvatore Piu