

UO IGIENE E SANITA' PUBBLICA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Razionalizzazione e riorganizzazione della rete vaccinale attraverso la revisione numerica delle sedi e l'adeguamento strutturale e organizzativo delle stesse	A.1 Predisposizione di un progetto di miglioramento quali e quantitativo dei centri vaccinali e predisposizione delle procedure vaccinali standardizzate per ridurre i rischi legati all'applicazione non corretta delle procedure	15,8	Presentazione alla Direzione Generale del progetto complessivo e delle procedure vaccinali standardizzate	Servizio Igiene Pubblica	invio dei documenti entro il mese di giugno 2012		7,9
		A.2 Numero di audit effettuati sulla corretta applicazione della procedura vaccinale standardizzata	15,8	n. di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	3		15,8
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Ridurre il rischio di patologie evitabili attraverso la vaccinazione	B.1 Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano	26,3	numero di vaccinazioni effettuate su anziani >= 65/totale popolazione residente >=65 anni*100	Servizio Igiene Pubblica	65,1%		26,3
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Prevenire le patologie oncologiche	C.1 Estendere lo screening mammografico per le donne 50-69 anni	26,3	numero di donne invitate/ popolazione target annuale (11.007)*100	Servizio Igiene Pubblica	59%		26,3
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Garantire l'attività di riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dal servizio	D.1 Definizione ed applicazione della migliore procedura, concordata con il Servizio Bilancio, per la riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dai Servizi del Dipartimento che garantisca, a partire dall'esercizio 2012, il corretto incasso dei ricavi e la gestione puntuale dei crediti. La bontà della procedura dovrà essere valutata in termini di costi/benefici rispetto a minimo tre alternative possibili.	5,3	Presentazione della procedura alla Programmazione e Controllo (PeC) e alla Direzione Generale (DG)	PeC e DG	Presentazione procedura entro giugno 2012	U.O. Contabilità e Bilancio	5,3
		sterilizzato	differenza percentuale tra il valore delle prestazioni a pagamento erogate nel 2012 e i relativi incassi/crediti.	Servizio Igiene Pubblica e Bilancio	0%	U.O. Contabilità e Bilancio	0	
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Migliorare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Garantire la partecipazioni al corso “Sistemi di gestione: Progettazione, Implementazione, Misurazione, Miglioramento ed Audit di sistemi di gestione” da parte del personale afferente alla struttura	10,5	numero personale partecipante al corso/ personale invitato*100	Servizio Igiene Pubblica	100	UU.OO. Dipartimento Prevenzione	10,5
								92,1

UO IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Garantire l'attività di prevenzione in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro	A.1 Predisposizione di eventi rivolti agli operatori e datori di lavoro del comparto edilizia e agli "ex esposti amianto"	31,6	n. eventi da effettuare nell'anno 2012	SPRESAL	2		31,6
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	B. Implementazione e aggiornamento del sito internet aziendale sulle attività offerte dal servizio	B.1 Aggiornamento costante del sito sui servizi dello SPRESAL e inserimento della modulistica rivolta all'utente	31,6	presenza e aggiornamento di uno spazio inerente il servizio nel sito aziendale	SPRESAL	inserimento informazioni nel sito entro il mese di settembre		31,6
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro nel comparto agricoltura e edilizia	C.1 Effettuare il numero di ispezioni previste per il comparto agricoltura nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012	10,5	numero di ispezioni effettuate	SPRESAL	>=98		10,5
		C.2 Effettuare il numero di ispezioni previste per il comparto edilizia nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012	10,5	numero di ispezioni effettuate	SPRESAL	>=123		10,5
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Garantire l'attività di riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dal servizio	D.1 Definizione ed applicazione della migliore procedura, concordata con il Servizio Bilancio, per la riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dai Servizi del Dipartimento che garantisca, a partire dall'esercizio 2012, il corretto incasso dei ricavi e la gestione puntuale dei crediti. La bontà della procedura dovrà essere valutata in termini di costi/benefici rispetto a minimo tre alternative possibili.	5,3	Presentazione della procedura alla Programmazione e Controllo (PeC) e alla Direzione Generale (DG)	PeC e DG	Presentazione procedura entro giugno 2012	U.O. Contabilità e Bilancio	5,3
			sterilizzato	differenza percentuale tra il valore delle prestazioni a pagamento erogate nel 2012 e i relativi incassi/crediti.	SPRESAL e Bilancio	0%	U.O. Contabilità e Bilancio	0
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Migliorare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Garantire la partecipazioni al corso "Sistemi di gestione: Progettazione, Implementazione, Misurazione, Miglioramento ed Audit di sistemi di gestione" da parte del personale afferente alla struttura	10,5	numero personale partecipante al corso/ personale invitato*100	SPRESAL	100	UU.OO. Dipartimento Prevenzione	10,5
								100

UO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Monitorare la conformità delle imprese alimentari alla normativa in materia di alimenti	A.1 Potenziamento dell'attività di controlli ufficiali in forma di audit nelle imprese alimentari a rischio medio/alto (anno 2011 =2)	8,8	numero di controlli effettuati	SIAN	>=4		8,8
		A.2 Mantenimento degli standard dell'anno 2011 dei controlli in forma di ispezione e campionamento (anno 2011: ispezioni =1031; campionamenti =295)	8,8	numero di ispezioni effettuate	SIAN	>=1031		8,8
			8,7	numero di campionamenti effettuati	SIAN	>=295 rimodulato a settembre >= 275		8,7
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Armonizzazione degli interventi di prevenzione all'interno dei servizi dipartimentali	B.1 Predisposizione del Piano Integrato delle Attività sulla Sicurezza Alimentare per l'anno 2013 con i servizi del Dipartimento di Prevenzione, con riferimento agli interventi congiunti	5,3	presentazione del piano alla Direzione Generale	SIAN	entro il mese di settembre 2012	SSA SIAPZ SIAOA	5,3
			5,2	sperimentazione interventi congiunti indicati nel piano	SIAN	evidenza dell'attività svolta nel 4° trimestre 2012 secondo il piano	SSA SIAPZ SIAOA	5,2
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Assicurare uniformità nella redazione delle procedure a livello dipartimentale	C.1 Predisposizione di procedure sulla sicurezza alimentare, riferite a interventi congiunti, relative ad Ispezione Campionamento e Audit in accordo con i servizi della prevenzione	5,3	presentazione delle procedure alla Direzione Generale	SIAN	entro il mese di settembre 2012	SSA SIAPZ SIAOA	5,3
			5,2	sperimentazione nell'uso delle procedure per interventi congiunti	SIAN	evidenza dell'uso della procedura nel 4° trimestre 2012	SSA SIAPZ SIAOA	5,2
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Garantire l'attività di riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dal servizio	D.1 Definizione ed applicazione della migliore procedura, concordata con il Servizio Bilancio, per la riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dai Servizi del Dipartimento che garantisca, a partire dall'esercizio 2012, il corretto incasso dei ricavi e la gestione puntuale dei crediti. La bontà della procedura dovrà essere valutata in termini di costi/benefici rispetto a minimo tre alternative possibili.	5,3	Presentazione della procedura alla Programmazione e Controllo (PeC) e alla Direzione Generale (DG)	PeC e DG	Presentazione procedura entro giugno 2012	U.O. Contabilità e Bilancio	5,3
			sterilizzato	differenza percentuale tra il valore delle prestazioni a pagamento erogate nel 2012 e i relativi incassi/crediti.	SIAN e Bilancio	0%	U.O. Contabilità e Bilancio	0
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Migliorare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Garantire la partecipazione al corso "Sistemi di gestione: Progettazione, Implementazione, Misurazione, Miglioramento ed Audit di sistemi di gestione" da parte del personale afferente alla struttura	10,6	numero personale partecipante al corso/ personale invitato*100	SIAN	100	UU.OO. Dipartimento Prevenzione	10,6
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	F. Garantire l'attività di sorveglianza e prevenzione nutrizionale	F.1 Incremento del numero di incontri pubblici su tematiche nutrizionali rivolti a gruppi di popolazione rispetto all'anno 2011 (8)	26,3	n. di incontri pubblici effettuati	SIAN	>=9		26,3

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	G. Potenziamento dell'attività di informazione/formazione sui rischi correlati al consumo di funghi freschi spontanei	G.1 attuazione di corsi/incontri pubblici di informazione/formazione rivolti a gruppi di popolazione a rischio	5,3	n° incontri pubblici effettuati	SIAN	>=4		5,3
		G.2 garantire l'effettuazione delle consulenze richieste da privati per il consumo diretto	5,2	n° consulenze effettuate/n° consulenze richieste	SIAN	100%		5,2
								100

UO SANITA' ANIMALE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre le zoonosi (evitare zoonosi attraverso la profilassi)	A.1 Garanzia dei controlli degli allevamenti destinati alla produzione di derrate alimentari secondo le previsioni del Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012	7,9	n.allevamenti controllati per tubercolosi	SSA	>=1500		7,9
			7,9	n.allevamenti controllati per brucellosi ovina		>=390		7,9
			7,9	n.allevamenti controllati per brucellosi bovina		>=225		7,9
			7,9	n.allevamenti controllati west nile		>=500 rimodulato a settembre >= 316		7,9
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Armonizzazione degli interventi di prevenzione all'interno dei servizi dipartimentali	B.1 Predisposizione del Piano Integrato delle Attività sulla Sicurezza Alimentare per l'anno 2013 con i servizi del Dipartimento di Prevenzione, con riferimento agli interventi congiunti	13,2	presentazione del piano alla Direzione Generale	SSA	entro il mese di settembre 2012	SIAN SIAPZ SIAOA	13,2
			13,1	sperimentazione interventi congiunti indicati nel piano	SSA	evidenza dell'attività svolta nel 4° trimestre 2012 secondo il piano	SIAN SIAPZ SIAOA	13,1
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Assicurare uniformità nella redazione delle procedure a livello dipartimentale	C.1 Predisposizione di procedure sulla sicurezza alimentare, riferite a interventi congiunti, relative ad Ispezione Campionamento e Audit in accordo con i servizi della prevenzione	13,2	presentazione delle procedure alla Direzione Generale	SSA	entro il mese di settembre 2012	SIAN SIAPZ SIAOA	13,2
			13,1	sperimentazione nell'uso delle procedure per interventi congiunti	SSA	evidenza dell'uso della procedura nel 4° trimestre 2012	SIAN SIAPZ SIAOA	13,1
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Garantire l'attività di riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dal servizio	D.1 Definizione ed applicazione della migliore procedura, concordata con il Servizio Bilancio, per la riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dai Servizi del Dipartimento che garantisca, a partire dall'esercizio 2012, il corretto incasso dei ricavi e la gestione puntuale dei crediti. La bontà della procedura dovrà essere valutata in termini di costi/benefici rispetto a minimo tre alternative possibili.	5,3	Presentazione della procedura alla Programmazione e Controllo (PeC) e alla Direzione Generale (DG)	PeC e DG	Presentazione procedura entro giugno 2012	U.O. Contabilità e Bilancio	5,3
			sterilizzato	differenza percentuale tra il valore delle prestazioni a pagamento erogate nel 2012 e i relativi incassi/crediti.	SSA e Bilancio	0%	U.O. Contabilità e Bilancio	0
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Migliorare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Garantire la partecipazioni al corso "Sistemi di gestione: Progettazione, Implementazione, Misurazione, Miglioramento ed Audit di sistemi di gestione" da parte del personale afferente alla struttura	10,5	numero personale partecipante al corso/ personale invitato*100	SSA	100	UU.OO. Dipartimento Prevenzione	10,5
								100

UO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale	A.1 Garantire un numero di controlli effettuati nelle strutture a riconoscimento comunitario secondo la pianificazione aziendale in attuazione del Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012	10,5	n.audit effettuati nelle strutture a riconoscimento comunitario	SIAOA	>=36		10,5
			10,5	n.campionamenti effettuati nelle strutture secondo la pianificazione regionale		>=114		10,5
			10,6	n. ispezioni effettuate nelle strutture a riconoscimento comunitario		>=86		10,6
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Armonizzazione degli interventi di prevenzione all'interno dei servizi dipartimentali	B.1 Predisposizione del Piano Integrato delle Attività sulla Sicurezza Alimentare per l'anno 2013 con i servizi del Dipartimento di Prevenzione, con riferimento agli interventi congiunti	13,2	presentazione del piano alla Direzione Generale	SIAOA	entro il mese di settembre 2012	SIAN SSA SIAPZ	13,2
			13,1	sperimentazione interventi congiunti indicati nel piano	SIAOA	evidenza dell'attività svolta nel 4° trimestre 2012 secondo il piano	SIAN SSA SIAPZ	13,1
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Assicurare uniformità nella redazione delle procedure a livello dipartimentale	C.1 Predisposizione di procedure sulla sicurezza alimentare, riferite a interventi congiunti, relative ad Ispezione Campionamento e Audit in accordo con i servizi della prevenzione	13,2	presentazione delle procedure alla Direzione Generale	SIAOA	entro il mese di settembre 2012	SIAN SSA SIAPZ	13,2
			13,1	sperimentazione nell'uso delle procedure per interventi congiunti	SIAOA	evidenza dell'uso della procedura nel 4° trimestre 2012	SIAN SSA SIAPZ	13,1
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Garantire l'attività di riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dal servizio	D.1 Definizione ed applicazione della migliore procedura, concordata con il Servizio Bilancio, per la riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dai Servizi del Dipartimento che garantisce, a partire dall'esercizio 2012, il corretto incasso dei ricavi e la gestione puntuale dei crediti. La bontà della procedura dovrà essere valutata in termini di costi/benefici rispetto a minimo tre alternative possibili.	5,3	Presentazione della procedura alla Programmazione e Controllo (PeC) e alla Direzione Generale (DG)	PeC e DG	Presentazione procedura entro giugno 2012	U.O. Contabilità e Bilancio	5,3
			sterilizzato	differenza percentuale tra il valore delle prestazioni a pagamento erogate nel 2012 e i relativi incassi/crediti.	SIAOA e Bilancio	0%	U.O. Contabilità e Bilancio	0
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Migliorare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Garantire la partecipazioni al corso "Sistemi di gestione: Progettazione, Implementazione, Misurazione, Miglioramento ed Audit di sistemi di gestione" da parte del personale afferente alla struttura	10,5	numero personale partecipante al corso/ personale invitato*100	SIAOA	100	UU.OO. Dipartimento Prevenzione	10,5
								100

UO IGIENE E ALLEVAMENTI PRODUZIONI ZOOTECNICHE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti derivati del latte e prodotti lattiero caseari	A.1 Garantire un numero di controlli effettuati nelle strutture a riconoscimento comunitario secondo la pianificazione aziendale in attuazione del Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012	10,5	incremento del numero di n.audit effettuati nelle strutture a riconoscimento comunitario rispetto all'anno 2011 (2)	SIAPZ	>=12		10,5
			10,5	n.campionamenti effettuati nelle strutture secondo la pianificazione regionale		>=33		10,5
			10,6	n. ispezioni effettuate nelle strutture a riconoscimento comunitario		>=18		10,6
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Armonizzazione degli interventi di prevenzione all'interno dei servizi dipartimentali	B.1 Predisposizione del Piano Integrato delle Attività sulla Sicurezza Alimentare per l'anno 2013 con i servizi del Dipartimento di Prevenzione, con riferimento agli interventi congiunti	13,2	presentazione del piano alla Direzione Generale	SIAPZ	entro il mese di settembre 2012	SIAN SSA SIAOA	13,2
			13,1	sperimentazione interventi congiunti indicati nel piano	SIAPZ	evidenza dell'attività svolta nel 4° trimestre 2012 secondo il piano	SIAN SSA SIAOA	13,1
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Assicurare uniformità nella redazione delle procedure a livello dipartimentale	C.1 Predisposizione di procedure sulla sicurezza alimentare, riferite a interventi congiunti, relative ad Ispezione Campionamento e Audit in accordo con i servizi della prevenzione	13,2	presentazione delle procedure alla Direzione Generale	SIAPZ	entro il mese di settembre 2012	SIAN SSA SIAOA	13,2
			13,1	sperimentazione nell'uso delle procedure per interventi congiunti	SIAPZ	evidenza dell'uso della procedura nel 4° trimestre 2012	SIAN SSA SIAOA	13,1
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Garantire l'attività di riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dal servizio	D.1 Definizione ed applicazione della migliore procedura, concordata con il Servizio Bilancio, per la riscossione delle prestazioni a pagamento erogate dai Servizi del Dipartimento che garantisca, a partire dall'esercizio 2012, il corretto incasso dei ricavi e la gestione puntuale dei crediti. La bontà della procedura dovrà essere valutata in termini di costi/benefici rispetto a minimo tre alternative possibili.	5,3	Presentazione della procedura alla Programmazione e Controllo (PeC) e alla Direzione Generale (DG)	PeC e DG	Presentazione procedura entro giungo 2012	U.O. Contabilità e Bilancio	5,3
			sterilizzato	differenza percentuale tra il valore delle prestazioni a pagamento erogate nel 2012 e i relativi incassi/crediti.	SIAPZ e Bilancio	0%	U.O. Contabilità e Bilancio	0
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Migliorare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Garantire la partecipazioni al corso "Sistemi di gestione: Progettazione, Implementazione, Misurazione, Miglioramento ed Audit di sistemi di gestione" da parte del personale afferente alla struttura	10,5	numero personale partecipante al corso/ personale invitato*100	SIAPZ	100	UU.OO. Dipartimento Prevenzione	10,5
								100

UO MEDICINA LEGALE

[illegible]

DISTRETTI SOCIO SANITARI

UO DISTRETTO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Supportare il processo di passaggio delle competenze in materia di Sanità Penitenziaria dal Ministero di Grazia e Giustizia al Servizio Sanitario Regionale	A.1 Organizzazione del Servizio di Sanità Penitenziaria per la Provincia di Oristano: predisposizione di un Piano Aziendale sull'Assistenza Penitenziaria mediante l'individuazione delle attività, delle risorse umane e delle risorse materiali necessarie	25	Predisposizione del Piano e presentazione alla Direzione Generale per l'invio alla RAS	U.O.	entro novembre 2012		25
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Razionalizzare la gestione dell'Assistenza protesica e Integrativa con particolare riferimento al DM 338/92 e alla Legge Regionale n. 34	B.1 Predisposizione di una anagrafica di prodotti potenzialmente concedibili in ambito Aziendale	15	creazione anagrafica	U.O.	entro il mese di settembre 2012	Servizio Farmaceutico Territoriale	15
		B.2 Predisposizione e adozione di una procedura unica aziendale per l'autorizzazione dei ventilatori polmonari	10	numero procedure presentate alla Direzione Generale	U.O.	1 entro il mese di luglio 2012	UO Rianimazione e UO Pneumologia	10
		B.3 Numero di audit effettuati sull'applicazione della procedura	10	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Migliorare l'accessibilità alle prestazioni	C.1 Consolidamento delle buone pratiche di accoglienza e di orientamento dell'utente mediante la razionalizzazione delle attese con idoneo elimina code nelle sedi Poliambulatoriali e sedi distrettuali e installazione di un display per fornire informazioni utili all'utenza	15	numero eliminacode e numero display installati	U.O.	2 e 2		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D. Perfezionare la qualità dei processi di lavoro	D.1 Partecipazione ad un evento formativo rivolto ai Direttori di Distretto sui Sistemi di Gestione: Pogettazione, implementazione, misurazione, miglioramento e audit	10	partecipazione del direttore del distretto all'evento formativo	U.O.	raggiungimento dell'obiettivo		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	E Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso, BPCO)	E.1 Numero di audit effettuati sull'applicazione del percorso per la BPCO con il coinvolgimento dei MMG	15	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=2	Pneumologia	15

UO SERVIZI CONSULTORIALI PER LA TUTELA DELL'INFANZIA, DELLA DONNA E DELLA FAMIGLIA - DISTRETTO ORISTANO

[illegible]

UO NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA - DISTRETTO ORISTANO

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Migliorare la presa in carico del paziente dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	A.1 Predisposizione di una procedura unica aziendale che definisca i criteri di priorità d'accesso per la costruzione della Lista d'attesa	30	predisposizione della procedura alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di maggio 2012		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Migliorare la presa in carico del paziente dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	B.1 Numero di audit effettuati sulla corretta applicazione della procedura	30	audit effettuati/audit previsti	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Misurare la soddisfazione dell'utente al fine di orientare il cambiamento	C.1 Somministrazione questionario di gradimento sul servizio offerto	10	Relazione sugli esiti dei questionari somministrati	relazione esiti presentata dall'UO	invio della relazione entro il mese di settembre 2012		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementare del sistema informativo aziendale	D.1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	10	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Perfezionare la qualità dei processi di lavoro	E.1 Partecipazione all'evento formativo "La classificazione ICF CY: un nuovo strumento per analizzare i molteplici aspetti della disabilità"	20	numero personale partecipante al corso/ personale invitato *100	U.O.	100		20

100

UO SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA A SOGGETTI DISABILI - DISTRETTO ORISTANO

[illegible]

UO SERVIZI DI ACCOGLIENZA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - DISTRETTO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Sviluppare l'assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti ¹	A.1 Incremento del numero di pazienti anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali territoriali	30	numero di anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali/Residenti anziani di età >=75*100	U.O.	1,82% aziendale	UUOO di Accogl e Cont Ass.le dei tre distretti	22
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Implementazione dell'integrazione socio sanitaria	B.1 Applicazione linee guida aziendali "Percorso PUA"	15	Numero di utenti inseriti secondo la nuova procedura/ inserimenti totali a far data dall'adozione della procedura	U.O.	100,00%		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Migliorare la presa in carico dei pazienti	C.1 Predisposizione di una procedura aziendale sull'attività di riabilitazione globale ex art. 26, contenente le modalità di presa in carico del paziente con l'indicazione delle priorità e tempistiche per l'accesso alle strutture pubbliche e private	20	predisposizione due procedure (1 per il pubblico e 1 per il privato) da consegnare alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di maggio 2012	UO Servizi di assistenza riabilitativa a soggetti disabili, AA.GG	20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementazione del sistema informativo aziendale	D.1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	10	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Programmare e monitorare della spesa per prestazioni residenziali	E.1 Monitoraggio trimestrale sulla spesa per prestazioni residenziali rispetto al budget assegnato (RSA, Riabilitazione)	15	N. di relazioni prodotte alla Programmazione e Controllo sull'andamento dei costi (ordinato, fatturato, liquidato) distinto per branca e per centro convenzionato	Programmazione e Controllo	1 per ogni trimestre da inviare il mese successivo al trimestre di riferimento		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Riqualficare l'attività e Distrettuale	F.1 Effettuazione di un evento Formativo, unitamente alle UU.OO. Servizi di Assistenza Cure Domiciliari, " Progetto Care: " Cura e Tutela del Paziente Fragile" "	10	numero personale partecipante al corso/ personale invitato *100	U.O.	100		10

Nota1): RSA, Riabilitazione; Case Protette

UO ATTIVITÀ E SERVIZI DI ASSISTENZA E CURE DOMICILIARI - DISTRETTO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Aumentare il livello di accessibilità alle cure domiciliari	A.1 Aumento del numero di anziani >=75 assistiti in ADI	30	numero di pazienti anziani >=75 assistiti in ADI/Residenti anziani di età >=75*100	U.O.	5,63% aziendale	UUOO di Cure Domiciliari dei tre distretti	27
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Aumentare il livello di accessibilità alle cure domiciliari	B.1 Incremento del volume di offerta delle cure domiciliari prestazionali condizionato alla disponibilità di almeno 2 numero di infermieri dedicati	30	numero di prestazioni maggiori rispetto a quelle erogate nell'anno 2011	U.O.	>=750		30
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	C. Riqualficare l'attività Distrettuale	C.1 Effettuazione di un evento Formativo, unitamente alle UU.OO. Servizi di Assistenza Cure Domiciliari, " Progetto Care: " Cura e Tutela del Paziente Fragile "	10	numero personale partecipante al corso/ personale invitato *100	U.O.	100		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementazione del sistema informativo aziendale	D.1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	10	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	E. Migliorare le prestazioni offerte al paziente in ADI	E.1 Aumento delle prestazioni offerte al paziente in termini di prestazioni di riabilitazione condizionato dalla disponibilità di un fisioterapista da parte del SPS	20	differenza percentuale tra il numero di pazienti trattati in ADI che hanno usufruito di prestazioni di riabilitazione presso il privato accreditato nell'anno 2011 (18 pz) e quanti ne usufruiranno nell'anno 2012	U.O.	<=35%		20
								97

UO CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA AMBULATORIALE - DISTRETTO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Migliorare i tempi di attesa per le visite specialistiche	A.1 Relazione trimestrale che evidenzi le criticità riscontrate dalla lettura mensile dei tempi di attesa, con esplicitazione alle soluzioni adottate in accordo con gli specialisti ambulatoriali	20	Invio relazioni alla Direzione Generale	U.O.	n.4 relazioni entro il mese successivo al trimestre di riferimento		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Implementazione sistema informativo	B. 1 Inserimento di tutte le prestazioni a CUP di specialistica ambulatoriale	30	numero di sedi per branca specialistica per cui non esiste la prenotazione a CUP	Programmazione e Controllo	0		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Implementazione sistema informativo	C.1 Registrazione nel file C di tutte le prestazioni entro il quinto giorno del mese successivo a quello di erogazione	15	percentuale di prestazioni non registrate entro i tempi prescritti	Programmazione e Controllo	<=5%		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Perfezionare al qualità dei processi di lavoro in termini di maggiore appropriatezza delle prestazioni offerte	D.1 Organizzazione di incontri periodici (uno a semestre) tra rappresentanti dei MMG, PLS, medici di continuità' assistenziale e personale amministrativo e sanitario del distretto al fine di definire percorsi corretti e appropriati di accesso alle strutture sanitarie	25	numero incontri realizzati	U.O.	>=2		12,5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi				numero percorsi definiti	U.O.	>=2		12,5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	E. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	E.1 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Progetto sullo Scompenso Cardiaco e sull'applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale della BPCO	10	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	U.O. Cardiologia e U.O. Pneumologia	10

100

UO DISTRETTO DI ALES TERRALBA

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Supportare il processo di sviluppo dell'Integrazione socio-sanitaria - PLUS-	A.1 Utilizzo del software integrato ASL-Enti Locali per la gestione dei servizi socio sanitari	sterilizzato	uso dell'applicativo per le utilità previste nel software	U.O.	utilizzo nell'anno 2012		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Razionalizzare la gestione dell'Assistenza Protesica e Integrativa con particolare riferimento al DM 338/92 e alla Legge Regionale n. 34	B.1 Predisposizione di una anagrafica di prodotti potenzialmnte concedibili in ambito Aziendale	25	creazione anagrafica	U.O.	entro il mese di giugno 2012	Servizio Farmaceutico Territoriale	25
		B.2 Predisposizione e adozione di una procedura unica aziendale per l'autorizzazione dei ventilatori polmonari	16,6	numero procedure presentate	U.O.	1 entro il mese di luglio 2012	UO Rianimazione e UO Pneumologia	16,6
		B.3 Numero di audit effettuati sull'applicazione della procedura	16,7	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		16,7
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Migliorare l'accessibilità alle prestazioni	C.1 Consolidamento delle buone pratiche di accoglienza e di orientamento dell'utente mediante la razionalizzazione delle attese con idoneo elimina code nelle sedi Poliambulatoriali e sedi distrettuali e installazione di un display per fornire informazioni utili all'utenza	25	numero eliminacode e numero display installati	U.O.	2 eliminacode e 5 display		25
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D. Perfezionare la qualità dei processi di lavoro (rinegoziato a novembre)	D.1 Partecipazione ad un evento formativo rivolto ai Direttori di Distretto sui Sistemi di Gestione: Pogettazione, implementazione, misurazione, miglioramento e audit	16,7	partecipazione del direttore del distretto all'evento formativo	U.O.	raggiungimento dell'obiettivo		16,7
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	E Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso, BPCO)	E.1 Numero di audit effettuati sull'applicazione del percorso per la BPCO con il coinvolgimento dei MMG	sterilizzato	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=2	Pneumologia	0

UO SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA A SOGGETTI DISABILI - DISTRETTO DI ALES TERRALBA

[illegible]

UO SERVIZI DI ACCOGLIENZA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - DISTRETTO DI ALES TERRALBA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Sviluppare l'assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti ¹	A.1 Incremento del numero di pazienti anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali territoriali	30	numero di anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali/Residenti anziani di età >=75*100	U.O.	1,82% aziendale	UUOO di Accogl e Cont Ass.le dei tre distretti	22
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Migliorare la presa in carico dei pazienti	B.1 Predisposizione di una procedura aziendale sull'attività di riabilitazione globale ex art. 26, contenente le modalità di presa in carico del paziente con l'indicazione delle priorità e tempistiche per l'accesso alle strutture pubbliche e private	30	predisposizione due procedure (1 per il pubblico e 1 per il privato) da consegnare alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di maggio 2012	UO Servizi di assistenza riabilitativa a soggetti disabili, AA.GG	30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Implementazione del sistema informativo aziendale	C. 1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	10	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Programmare e monitorare della spesa per prestazioni residenziali	D.1 Monitoraggio trimestrale sulla spesa per prestazioni residenziali rispetto al budget assegnato	20	N. di relazioni prodotte sull'andamento dei costi (ordinato, fatturato, liquidato) distinto per branca e per centro convenzionato	Programmazione e Controllo	1 per ogni trimestre da inviare il mese successivo al trimestre di riferimento		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Riqualificare l'attività e Distrettuale	E.1 Effettuazione di un evento Formativo, unitamente alle UU.OO. Servizi di Assistenza Cure Domiciliari, " Progetto Care:“ Cura e Tutela del Paziente Fragile” "	10	numero personale partecipante al corso/ personale invitato *100	U.O.	100		10
								82

UO ATTIVITÀ E SERVIZI DI ASSISTENZA E CURE DOMICILIARI - DISTRETTO DI ALES TERRALBA

[illegible]

UO CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA AMBULATORIALE - DISTRETTO DI ALES TERRALBA

[illegible]

UO DISTRETTO DI GHILARZA BOSA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Supportare il processo di sviluppo dell'Integrazione sociosanitaria - PLUS-	A.1 Utilizzo del software integrato ASL-Enti Locali per la gestione dei servizi socio sanitari	sterilizzato	uso dell'applicativo per le utilità previste nel software	U.O.	utilizzo nell'anno 2012		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Razionalizzare la gestione dell'Assistenza Protetica e Integrativa con particolare riferimento al DM 338/92 e alla Legge Regionale n. 34	B.1 Predisposizione di una anagrafica di prodotti potenzialmente concedibili in ambito Aziendale	20	creazione anagrafica	U.O.	entro il mese di giugno 2012	Servizio Farmaceutico Territoriale	20
		B.2 Predisposizione e adozione di una procedura unica aziendale per l'autorizzazione dei ventilatori polmonari	13,3	numero procedure presentate	U.O.	1 entro il mese di luglio 2012	UO Rianimazione e UO Pneumologia	13,3
		B.3 Numero di audit effettuati sull'applicazione della procedura	13,3	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		13,3
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Migliorare l'accessibilità alle prestazioni	C.1 Consolidamento delle buone pratiche di accoglienza e di orientamento dell'utente mediante la razionalizzazione delle attese con idoneo elimina code nelle sedi Poliambulatoriali e sedi distrettuali e installazione di un display per fornire informazioni utili all'utenza	20	numero eliminacode e numero display installati	U.O.	2 e 2		20
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D. Perfezionare la qualità dei processi di lavoro	D.1 Programmare un evento formativo per gli operatori dei tre distretti per l'adozione di tecniche di Audit Assistenziale e garantirne la partecipazione	13,4	numero personale partecipante al corso/ personale invitato	U.O.	25		13,4
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	E Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso, BPCO)	E.1 Numero di audit effettuati sull'applicazione del percorso per la BPCO con il coinvolgimento dei MMG	20	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=2	Pneumologia	20
100								

UO SERVIZI CONSULTORIALI PER LA TUTELA DELL'INFANZIA, DELLA DONNA E DELLA FAMIGLIA - DISTRETTO DI GILARZA BOSÀ								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL	A.1 Incremento del numero delle partorienti che frequentano i corsi di preparazione al parto	30	totale donne partecipanti ai corsi/nati totali in provincia	U.O.	>=43%		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	B. Misurare la soddisfazione dell'utente al fine di orientare il cambiamento	B.1 Somministrazione questionario di gradimento sul servizio e sul gradimento dei servizi ospedalieri di ostetricia	10	Relazione sugli esiti dei questionari somministrati	relazione esiti presentata dall'UO	invio della relazione entro il mese di settembre 2012	U.O Ospetricia e Ginecologia PO San Martino	10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Garantire l'attività di prevenzione in merito allo stato di salute della popolazione e alla riduzione dei fattori di rischio	C.1 Realizzazione di campagne di educazione sanitaria nelle scuole afferenti al Distretto per contrastare il fenomeno dell'obesità	30	Numero di eventi formativi realizzati/numero di interventi programmati	U.O.	>=3 eventi		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementare del sistema informativo aziendale	D. 1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	30	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		30
								100

[illegible]

UO SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA A SOGGETTI DISABILI - DISTRETTO DI GHILARZA BOSSA

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Migliorare la presa in carico dei pazienti	A.1 Predisposizione di una procedura aziendale sull'attività di riabilitazione globale ex art. 26, contenente le modalità di presa in carico del paziente con l'indicazione delle priorità e tempistiche per l'accesso alle strutture pubbliche e private	40	predisposizione due procedure (1 per il pubblico e 1 per il privato) da consegnare alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di maggio 2012	U.O. Servizi di accoglienza e continuità assistenziale e AA.GG.	40
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Migliorare la presa in carico dei pazienti	B.1 Numero di audit effettuati sulla corretta applicazione della procedura	25	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=3		25
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Misurare la soddisfazione dell'utente al fine di orientare il cambiamento	C.1 Somministrazione questionario di gradimento sul servizio offerto	15	Relazione sugli esiti dei questionari somministrati	relazione esiti presentata dall'UO	invio della relazione entro il mese di novembre 2012		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementazione del sistema informativo aziendale	D.1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	20	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		20

100

UO SERVIZI DI ACCOGLIENZA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - DISTRETTO DI GHILARZA BOGA

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Sviluppare l'assistenza residenziale a favore degli anziani non autosufficienti ¹	A.1 Incremento del numero di pazienti anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali territoriali	30	numero di anziani >=75 presi in carico in strutture residenziali/Residenti anziani di età >=75*100	U.O.	1,82% aziendale	UUOO di Accogl e Cont Ass.le dei tre distretti	22
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Migliorare la presa in carico dei pazienti	B.1 Predisposizione di una procedura aziendale sull'attività di riabilitazione globale ex art. 26, contenente le modalità di presa in carico del paziente con l'indicazione delle priorità e tempistiche per l'accesso alle strutture pubbliche e private	30	predisposizione due procedure (1 per il pubblico e 1 per il privato) da consegnare alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di maggio 2012	UO Servizi di assistenza riabilitativa a soggetti disabili, AA.GG	30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Implementazione del sistema informativo aziendale	C. 1 Registrazione, su supporto informatico, delle prestazioni rese all'utente	10	Invio trimestrale dei dati mensili alla Programmazione e Controllo	Programmazione e Controllo	100% entro il mese successivo al trimestre di riferimento		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Programmare e monitorare della spesa per prestazioni residenziali	D.1 Monitoraggio trimestrale sulla spesa per prestazioni residenziali rispetto al budget assegnato	20	N. di relazioni prodotte sull'andamento dei costi (ordinato, fatturato, liquidato) distinto per branca e per centro convenzionato	Programmazione e Controllo	1 per ogni trimestre da inviare il mese successivo al trimestre di riferimento		20
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Riqualficare l'attività e Distrettuale	E.1 Effettuazione di un evento Formativo, unitamente alle UU.OO. Servizi di Assistenza Cure Domiciliari, "Progetto Care:" Cura e Tutela del Paziente Fragile"	10	numero personale partecipante al corso/ personale invitato *100	U.O.	100		10

Nota1): RSA, Riabilitazione; Case Protette	92
--	----

92

UO ATTIVITÀ E SERVIZI DI ASSISTENZA E CURE DOMICILIARI - DISTRETTO DI GHILARZA BOSSA

[illegible]

UO CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA AMBULATORIALE - DISTRETTO DI GHILARZA BOSSA

[illegible]

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

UO CENTRO DI SALUTE MENTALE AZIENDALE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A.Implementazione dell'attività di riabilitazione	A.1 Attivazione di percorsi riabilitativi riguardanti attività motoria,socializzazione e tempo libero, cineforum, laboratori di fotografia, pittura, cucina e decoupage.	10	n. pazienti partecipanti alle attività riabilitative	CSM	60 pazienti		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	B. Individuazione criteri di priorità per l'accesso al servizio	B.1 Istituzione servizio di accoglienza presso il CSM	10	attivazione servizio presso Distretto di Oristano	CSM	entro il mese di Luglio		10
			10	attivazione servizio presso Distretto di Ghilarza-Bosa	CSM	entro il mese di Ottobre		10
			10	attivazione servizio presso Distretto di Ales-Terralba	CSM	entro il mese di Dicembre		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei servizi per l'utente	C. Implementazione dei servizi offerti all'utente	C.1 Apertura CSM presso l'Unione dei Comuni del Terralbese	20	apertura ambulatorio	CSM	entro il mese di settembre		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Condivisione dei protocolli diagnostico terapeutici in azienda per il trattamento e la cura dell'Alzheimer	D.1 Predisposizione di un protocollo diagnostico terapeutico condiviso per la cura dell'Alzheimer in ambito aziendale (condiviso con l'UO Centro di riferimento Alzheimer)	10	presentazione del protocollo alla direzione generale	CSM	entro il mese di Ottobre	Dipartimento di Cure mediche	10
		D.2 Divulgazione del protocollo in ambito aziendale mediante la realizzazione di eventi informativi rivolti ai medici del dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze	5	numero di eventi informativi realizzati	CSM	>=1		5
		D.3 Numero di audit effettuati sulla corretta applicazione de protocollo	5	numero di audit effettuati	CSM	>=3		5
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Favorire gli incontri intradipartimentali per la discussione dei casi clinici	E.1 Predisposizione di una serie di incontri per la discussione dei casi clinici	10	numero di incontri	Verbali	> 2		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	F.1 Realizzazione evento formativo "Disturbi della personalità: tra mito e realtà"	10	realizzazione evento	U.O. Formazione	1		10

UO SERVIZIO PSICHIATRICO OSPEDALIERO DI DIAGNOSI E CURA

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Evitare i ricoveri ripetuti	A.1 Ridurre i ricoveri ripetuti per stesso MDC 19 per il DRG	10	% di ricoveri ripetuti entro 30 gg per lo stesso MDC	Programmazione e Controllo	<=17%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	B.1 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi	10	percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=19,8%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Favorire l'integrazione fra le varie UU.OO. Del Dipartimento	C.1 Elaborazione Protocollo integrazione attività di presa in carico da parte del CSM ed ARIS dei pazienti dimessi dall'SPDC	30	Audit	SPDC	1 entro il mese di ottobre	ARIS e CSM	30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei servizi per l'utente	D. Implementazione dei servizi offerti all'utente	D.1 Corso di psicoeducazione per i familiari dei pazienti ricoverati	30	numero incontri mensili	SPDC	<=3		30
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Favorire gli incontri intradipartimentali per la discussione dei casi clinici	E.1 Predisposizione di una serie di incontri per la discussione dei casi clinici	10	numero di incontri	Verbali SPDC	> 2		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	F.1 Realizzazione evento formativo "Disturbi della personalità: tra mito e realtà"	10	realizzazione evento	U.O. Formazione	1		10

100

UO AREA INCLUSIONE SOCIALE E RIABILITAZIONE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Facilitare l'inserimento lavorativo dei pazienti affetti da disturbi mentali	A.1 Attivare un protocollo d'intesa tra la ASL di Oristano e la Provincia di Oristano per l'inserimento lavorativo per i pazienti affetti da disturbi mentali	15	numero di pazienti inseriti	Proposta di deliberazione per la sottoscrizione del protocollo	>=8		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Favorire l'inclusione Sociale dei pazienti affetti da disturbi mentali	B.1 Inserire un numero di pazienti in diverse discipline sportive mediante l'attivazione di un progetto in collaborazione con l'assessorato regionale alla sanità e le associazioni UISP e ASD	15	numero di pazienti inseriti	consegna attestati di partecipazione	18 pazienti (pz) in tornei di calcio, 7 pz piscina, 5 pz progetto vivere il mare		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Permettere l'inserimento in famiglia dei pazienti affetti da disturbi mentali	C.1 Avviare un progetto per l'inserimento presso nuclei familiari della provincia di Oristano di pazienti dimoranti nelle strutture residenziali	20	numero di pazienti inseriti	ARIS	>=2		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	D.1 Condividere e sottoscrivere con le strutture private accreditate un protocollo contenente le linee guida per la gestione del percorso di inserimento, permanenza e dimissione dei pazienti inseriti presso strutture residenziali o semiresidenziali	10	presentazione del protocollo sottoscritto	ARIS	entro ottobre 2012		10
		D.2 Numero di audit effettuati sull'applicazione della procedura	5	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Consentire l'avvicinamento alle famiglie per i pazienti inseriti presso strutture residenziali fuori regione	E.1 Ridurre gli inserimenti disposti dal DSM in comunità site fuori dalla regione	15	numero di pazienti in strutture infra regione		>=3		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Favorire gli incontri intradipartimentali per la discussione dei casi clinici	F.1 Predisposizione di una serie di incontri per la discussione dei casi clinici	10	numero di incontri	Verbali	> 2		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	G.1 Realizzazione evento formativo "Disturbi della personalità: tra mito e realtà"	10	realizzazione evento	U.O. Formazione	1		10

UO SERVIZIO PER LE DIPENDENZE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	A. Riduzione spesa farmaceutica per i farmaci specifici per il trattamento dei disturbi alcol correlati	A.1 Acquisizione tramite farmacia territoriale dell'acamprosato (Campral) con erogazione diretta in ambulatorio	20	Percentuale di prescrizioni su ricetta ministeriale rispetto al totale delle prescrizioni nell'ultimo trimestre 2012	U.O.Farmacia Territoriale	<=90%	U.O.Farmacia Territoriale	20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	B. Riduzione spesa farmaceutica per i farmaci specifici per il trattamento dei disturbi d'ansia	B.1 Riduzione erogazione diretta dei farmaci ansiolitici e ipnoinducenti (benzodiazepine)	20	Percentuale di prescrizioni su ricetta bianca rispetto al totale delle prescrizioni nell'ultimo trimestre 2012	U.O.Farmacia Territoriale	<=10%		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Definizione e costruzione di griglia di identificazione e valutazione dei markers fondamentali per la diagnosi di assunzione di sostanze	C.1 Adozione protocolli interni per i percorsi diagnostico-assistenziali inerenti la certificazione dell'idoneità psico-fisica	20	presentazione del protocollo sottoscritto	SERD	entro il mese di <i>ottobre</i>		20
			5	Numero di audit effettuati sull'applicazione del protocollo	SERD	<=1		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei servizi resi all'utente	D. Implementazione dei servizi offerti all'utente	D.1 Attivazione ambulatorio per le dipendenze patologiche presso l'Unione dei Comuni del Terralbese	20	Apertura ambulatorio almeno 1 volta alla settimana	SERD	entro il mese di ottobre		20
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	E.1 Realizzazione evento formativo "Disturbi della personalità: tra mito e realtà"	15	realizzazione evento	U.O. Formazione	1		15

UO FARMACOECONOMIA E FARMACOVIGILANZA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	A.Monitoraggio delle azioni realizzate finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica	A.1 Rendicontare in merito alla relizzazione delle azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica	27,8	presentazione di relazioni trimestrali di rendicontazione delle attività	Farmacoeconomia e Farmacovigilanza	1 relazione trimestrale da inviare entro i 45 giorni successivi al trimestre di riferimento	UO Farmacia Ospedaliera e UO Farmacia Territoriale	27,8
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	B. Governo della spesa farmaceutica territoriale	B.1 Realizzare contatti individuali con i medici prescrittori (MMG, PLS, Specialisti territoriali e ospedalieri) che presentano importanti scostamenti per spesa e numero di confezioni rispetto alla media ASL	22,2	numero di contatti individuali effettuati	Farmacoeconomia e Farmacovigilanza	>=40		5,6
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	C. Coinvolgimento dei Medici prescrittori nella razionalizzazione della spesa farmaceutica	C.1 Predisporre progetti e organizzare seminari su contenuti di farmaco economia e farmaco utilizzazione rivolti ai medici prescrittori con il coinvolgimento di specialisti esperti nelle patologie ad alto impatto di spesa	22,2	realizzazione eventi formativi-informativi	Farmacoeconomia e Farmacovigilanza	3 eventi		11,1
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D. Coinvolgimento dei Medici prescrittori nella razionalizzazione della spesa farmaceutica	D.1 Produzione di report contenenti i consumi di farmaci da inviare ai medici prescrittori (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, ecc.)	27,8	invio dei report ai prescrittori	relazioni inviate alla Direzione Generale	entro i seguenti termini: 1° trim=giugno; 1°sem= ottobre; 9 mesi =gennaio 2013; intero anno 2012=marzo 2013		27,8
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	E.1 Formazione mediante un corso su "Farmaco: appropriatezza d'uso e sicurezza"	sterilizzato	Predisposizione e attivazione del corso	U.O.	entro il mese di dicembre		0
72,3								

U.O.FARMACIA TERRITORIALE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	A.Monitoraggio delle azioni realizzate finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica	A.1 Rendicontare in merito alla realizzazione delle azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica	10,5	presentazione di relazioni trimestrali di rendicontazione delle attività	Farmacia Territoriale	1 relazione trimestrale da inviare entro i 45 giorni successivi al trimestre di riferimento <i>a decorrere dal III trimestre</i>	UO Farmacia Ospedaliera e UO Farmacoeconomia e farmacovigilanza	10,5
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	B. Progettazione del magazzino unico aziendale	B. Redazione, in condivisione con l'UO di Farmacia Ospedaliera, di un progetto operativo con la previsione del piano di azioni, e relativo cronoprogramma, utili alla realizzazione e gestione del magazzino farmaceutico unico aziendale	21,1	presentazione del progetto alla Direzione Generale	Farmacia Territoriale	presentazione entro il mese di <i>novembre</i>	UO Farmacia Ospedaliera	0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Riduzione dei rinnovi contrattuali per l'approvvigionamento di farmaci e dispositivi	C.1 Programmare gli approvvigionamenti area farmaci e dispositivi medici anno 2012 e 2013 per l'espletamento delle gare o per i rinnovi contrattuali	15,9	consegna al servizio provveditorato delle programmazioni necessarie all'espletamento delle gare o dei rinnovi	Provveditorato	entro il mese di <i>dicembre</i> 2012	Provveditorato	15,9
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementazione delle richieste e degli armadietti di reparto nelle strutture territoriali	D.1 Monitoraggio sull'utilizzo della procedura informatica AREAS riguardante le richieste di approvvigionamento alla farmacia e la gestione dei carichi e scarichi del magazzino di struttura dei Poliambulatori	10,5	invio report trimestrali con l'indicazione dei Poliambulatori che provvedono ad effettuare gli scarichi di magazzino	Farmacia Territoriale	1 report trimestrale da inviare alla Direzione Generale entro il mese successivo al trimestre di riferimento <i>a decorrere dal III trimestre</i>	Ufficio informatico, Servizio Professioni Sanitarie	10,5
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Razionalizzazione del consumo dei beni sanitari	E.1 Controllare quadrimestralmente i farmaci presenti presso le strutture aziendali territoriali (Poliambulatori) al fine di verificarne le giacenze e la congruità delle richieste	10,5	relazioni quadrimestrali inviate alle strutture aziendali (poliambulatori) e alla Direzione Generale con evidenziazione dei punti critici	Farmacia Territoriale	1 relazione quadrimestrale da inviare entro il mese successivo al quadrimestre di riferimento <i>a decorrere dal III quadrimestre</i>		10,5
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	F. Razionalizzazione del consumo dei beni sanitari	F.1 Inviare alle strutture aziendali i report trimestrali sul consumo dei farmaci e del materiale protesico, entro il mese successivo al trimestre di riferimento <i>a decorrere dal mese di settembre</i>	10,5	numero di report trimestrali inviati alle strutture rispetto alle strutture interessate *100	Farmacia Territoriale	100%		10,5
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	G. Monitoraggio della spesa farmaceutica con erogazione diretta del farmaco	G.1 Invio report trimestrali contenenti il valore della spesa in erogazione diretta distinta per magazzino di competenza e per centro di costo	10,5	invio report alla direzione generale entro il mese successivo al trimestre di competenza	Farmacia Territoriale	invio n 2 report (3° e 4° trimestre 2012)		10,5

[illegible]

U.O. FARMACIA OSPEDALIERA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTI INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	A.Monitoraggio delle azioni realizzate finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica	A.1 Rendicontare in merito alla realizzazione delle azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica	11,1	presentazione di relazioni trimestrali di rendicontazione delle attività	Farmacia Ospedaliera	1 relazione trimestrale da inviare entro i 45 giorni successivi al trimestre di riferimento	UO Farmacia Territoriale e UO Farmacoeconomia e farmacovigilanza	5,6
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	B. Progettazione del magazzino unico aziendale	B.1Redazione, in condivisione con l'UO di Farmacia Territoriale, di un progetto operativo con la previsione del piano di azioni, e relativo cronoprogramma, utili alla realizzazione e gestione del magazzino farmaceutico unico aziendale	22,2	presentazione del progetto alla Direzione Generale	Farmacia Ospedaliera	presentazione entro il mese di settembre	UO Farmacia Territoriale	0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Riduzione dei rinnovi contrattuali per l'approvvigionamento di farmaci e dispositivi	C.1 Programmare gli approvvigionamenti area farmaci e dispositivi medici anno 2012 e 2013 per l'espletamento delle gare o per i rinnovi contrattuali	16,7	consegna al servizio provveditorato delle programmazioni necessarie all'espletamento delle gare o dei rinnovi	Provveditorato	entro il mese di giugno 2012		16,7
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementazione delle richieste e degli armadietti di reparto nelle U.O. dei tre presidi ospedalieri	D.1 Monitoraggio sull'utilizzo della procedura informatica AREAS riguardante le richieste di approvvigionamento alla farmacia e la gestione dei carichi e scarichi del magazzino di reparto	5,6	invio report trimestrali con l'indicazione delle UUOO che provvedono ad effettuare gli scarichi di magazzino	Farmacia Ospedaliera	1 report trimestrale da inviare alla Direzione Generale entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Ufficio Informatico, Servizio Professioni Sanitarie, DSO	0
		D.2 Predisposizione di una procedura operativa per la gestione informatizzata del magazzino di reparto (procedura informatica AREAS riguardante le richieste di approvvigionamento alla farmacia e la gestione dei carichi e scarichi del magazzino di reparto), contenente anche le competenze dei reparti, quelle della DSO e le competenze della farmacia ospedaliera anche in qualità di coordinatore e key user dell'intero progetto	5,6	consegna della procedura alla Direzione Generale e effettuazione di audit sulla corretta applicazione della procedura	Farmacia Ospedaliera	consegna alla Direzione Generale della procedura e degli esiti degli audit effettuati (1 audit per reparto)	Ufficio Informatico, Servizio Professioni Sanitarie, DSO	5,6
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Razionalizzazione del consumo dei beni sanitari	E.1 Controllare quadrimestralmente i farmaci presenti e il materiale protesico presso i reparti ospedalieri al fine di verificarne le giacenze e la congruità delle richieste	11,1	relazioni quadrimestrali inviate alle UUOO e alla Direzione Generale con evidenziazione dei punti critici	Farmacia Ospedaliera	1 relazione quadrimestrale da inviare entro il mese successivo al quadrimestre di riferimento		11,1
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	F. Razionalizzazione del consumo dei beni sanitari	F.1 Inviare alle UUOO ospedaliere dei report trimestrali sul consumo dei farmaci e del materiale protesico	11,1	percentuale di UUOO a cui sono stati inviati i report rispetto al numero totale di UUOO ospedaliere	Farmacia Ospedaliera	100%		11,1

[illegible]

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

DIPARTIMENTO DI CURE CHIRURGICHE

UO CHIRURGIA GENERALE PO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	5	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=24,4%		2,5
		A.2 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi		percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=22,1%		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	5	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=4,7%		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Garantire l'efficienza nei reparti chirurgici	C.2 Mantenimento/Diminuzione della degenza media per i ricoveri con DRG chirurgico	20	Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico	Programmazione e Controllo	<=6,7		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale mediante la conversione da regime ordinario a day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza	D.1 Aumentare il numero dei ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza se effettuati in regime di ricovero ordinario	10	% dei ricoveri in day surgery a rischio di inappropriatezza rispetto a totale	Programmazione e Controllo	>=63,3%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Implementazione dell'offerta di prestazioni senologiche	E.2 Attivazione di un ambulatorio di senologia e conseguente avvio dell'attività chirurgica senologica previa convenzione per il servizio di medicina nucleare per permettere la metodica del "linfonodo sentinella"	20	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di giugno		20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	F. Implementare i servizi offerti nei presidi periferici (week surgery e day surgery polispecialistico)	E.1 Avvio delle attività di day surgery nei presidi di Ghilaza e Bosa così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale	30	avvio delle attività di day surgery	U.O.	avvio a decorrere dall'approvazione del progetto da parte della Direzione Generale	UUOO chirurgia dei presidi di Ghilarza e Bosa	30
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	G.1 Garantire la presenza al corso di formazione specifica per l'utilizzo della nuova tecnologia chirurgica endoscopica al personale medico di reparto	10	numero di medici partecipanti al corso	U.O.	>=3		10

UO CHIRURGIA GENERALE PO GHILARZA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	20	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=30,7%		10
		A.2 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi		percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=30,3%		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	10	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=5,4%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Garantire l'efficienza nei reparti chirurgici	C.2 Mantenimento/Diminuzione della degenza media per i ricoveri con DRG chirurgico	5	Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico	Programmazione e Controllo	<=6,7		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale mediante la conversione da regime ordinario a day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza	D.1 Aumentare il numero dei ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza se effettuati in regime di ricovero ordinario	5	% dei ricoveri in day surgery a rischio di inappropriatezza rispetto a totale	Programmazione e Controllo	>=78,9%		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Implementazione dell'offerta di prestazioni	E.2 Messa a regime del percorso di diagnostica nella patologia chirurgica tiroidea mediante l'apertura di un ambulatorio dedicato	20	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di giugno		20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	F. Implementare i servizi offerti nei presidi periferici (week surgery e day surgery polispecialistico)	F.1 Avvio delle attività di day surgery nel presidio Delogu di Ghilaza così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale per le branche di oculistica, chirurgia generale, ortopedia, urologia, ginecologia	30	avvio delle attività di day surgery	U.O.	avvio a decorrere dall'approvazione del progetto da parte della Direzione Generale	UUOO del dipartimento	15
		F.2 Messa a regime delle attività in week surgery nel presidio Delogu di Ghilaza così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale		%di ricoveri in week surgery rispetto ai ricoveri totali	Programmazione e Controllo	100%		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	G.1 Garantire la presenza al corso di formazione specifica per l'utilizzo della nuova tecnologia chirurgica endoscopica al personale medico di reparto	10	numero di medici partecipanti al corso	U.O.	>=2		10

UO CHIRURGIA GENERALE PO BOSA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	5	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=55,2%		2,5
		A.2 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi		percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=24,3%		2,5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	10	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=4,4%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Garantire l'efficienza nei reparti chirurgici	C.1 Mantenimento/Diminuzione della degenza media per i ricoveri con DRG chirurgico	5	Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico	Programmazione e Controllo	<=6,7		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale mediante la conversione da regime ordinario a day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza	D.1 Aumentare il numero dei ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza se effettuati in regime di ricovero ordinario	10	% dei ricoveri in day surgery a rischio di inappropriatezza rispetto a totale	Programmazione e Controllo	>=46,1%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Incremento dell'offerta di interventi di colonproctologia	E.1 Aumento del numero di interventi di colonproctologia rispetto ai 70 interventi effettuati nel 2010	10	% interventi di colonproctologia	U.O.	>=10%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	F. Implementazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche tiroidee	F.1 Avvio dell'attività chirurgica tiroidea nel PO. Mastino	20	avvio attività chirurgica tiroidea	U.O.	a decorrere dal mese di luglio		20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	G. Implementare i servizi offerti nei presidi periferici (week surgery e day surgery polispecialistico)	G.1 Avvio delle attività di day surgery nel presidio Mastino di Bosa così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale per le branche di oculistica, chirurgia generale, ortopedia, urologia, ginecologia	30	avvio delle attività di day surgery	U.O.	avvio a decorrere dall'approvazione del progetto da parte della Direzione Generale	UUOO del dipartimento	15
		G.2 Messa a regime delle attività in week surgery nel presidio Mastino di Bosa così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale		%di ricoveri in week surgery rispetto ai ricoveri totali	Programmazione e Controllo	>=65%		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	H. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	H.1 Garantire la presenza al corso di formazione specifica per l'utilizzo della nuova tecnologia chirurgica endoscopica al personale medico di reparto	10	numero di medici partecipanti al corso	U.O.	>=2		10

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A.1 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi	5	percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=50,3%		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Garantire l'efficienza nei reparti chirurgici	B.1 Mantenimento/Diminuzione della degenza media per i ricoveri con DRG chirurgico	10	Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico	Programmazione e Controllo	<=7,2		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	c. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale mediante la conversione da regime ordinario a day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza	C.1 Aumentare il numero dei ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza se effettuati in regime di ricovero ordinario	10	% dei ricoveri in day surgery a rischio di inappropriatezza rispetto a totale	Programmazione e Controllo	>=44,1%		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL: recupero della mobilità passiva	D.1 Aumento della produzione del DRG 544 "Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori"	10	aumento % rispetto all'anno 2011	Programmazione e Controllo	>=10%		10
		D.2 Attivazione ambulatorio di Ortopedia al P.O. di Bosa (2 volte al mese) e al P.O. di Ghilarza (4 volte al mese)	10	attivazione ambulatorio	U.O.	entro il mese di giugno		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Razionalizzazione nel consumo delle risorse	E.1 Riduzione dell'incidenza dei costi diretti sul valore della produzione	15	riduzione % rispetto all'anno 2011	Programmazione e Controllo	>=5%		15
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	F. Implementare i servizi offerti nei presidi periferici (week surgery e day surgery polispecialistico)	F.1 Avvio delle attività di day surgery nei presidi di Ghilaza e Bosa così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale	30	avvio delle attività di day surgery	U.O.	avvio a decorrere dall'approvazione del progetto da parte della Direzione Generale	UUOO chirurgia dei presidi di Ghilarza e Bosa	30
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	G.1 Garantire la presenza al corso di formazione specifica per l'utilizzo della nuova tecnologia chirurgica endoscopica al personale medico di reparto	5	numero di medici partecipanti al corso	U.O.	>=3		5
		G.2 Avvio di un percorso di formazione specifica per la chirurgia del ginocchio	5	avvio del percorso	U.O.	entro il mese di settembre		5

90

UO GINECOLOGIA E OSTETRICIA PO ORISTANO									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	10	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=72,1		0
		A.2 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi		percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=23,5		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	10	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=8,3		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale mediante la conversione da regime ordinario a day surgery per i DRG a rischio di inappropriatezza	C.1 Aumentare il numero dei ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza se effettuati in regime di ricovero ordinario	20	% dei ricoveri in day surgery a rischio di inappropriatezza rispetto a totale	Programmazione e Controllo	>=62,6%		20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Aumentare il livello di fiducia nei confronti del servizio assistenziale della ASL	D.1 Attivazione di un ambulatorio per la gravidanza a termine nel PO di Oristano	10	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di aprile		10
		D.2 Attivazione ambulatorio di colposcopia e patologia cervico-vaginale nel P.O. di Oristano	10	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di aprile		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Implementare i servizi offerti nei presidi periferici (week surgery e day surgery polispecialistico)	E.1 Avvio delle attività di day surgery e week surgery nei presidi di Ghilarza e Bosa così come previsto nel progetto presentato dal Dipartimento di Cure Chirurgiche alla Direzione Generale	30	avvio delle attività di day surgery	U.O.	avvio a decorrere dall'approvazione del progetto da parte della Direzione Generale	UUOO chirurgia dei presidi di Ghilarza e Bosa	30
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	F.1 Garantire la presenza al corso di formazione specifica per l'utilizzo della nuova tecnologia chirurgica endoscopica al personale medico di reparto	10	numero di medici partecipanti al corso	U.O.	>=3		10

UO ENDOSCOPIA								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Implementazione dell'offerta di prestazioni specialistiche	A.1 Attivazione di un ambulatorio gastroenterologico nei nuovi locali del corpo M	sterilizzato	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di ottobre		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Offerta di prestazioni ultraspecialistiche	B.1 Attivazione di un ambulatorio specialistico per la diagnosi e il trattamento delle MICI (malattie infiammatorie croniche intestinali) nei nuovi locali del corpo M	33,3	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di ottobre		33,3
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro per il trattamento della malattia celiaca	C.1 Predisposizione di una Protocollo per la gestione del "Percorso integrato e la continuità assistenziale Bambino-Adulto nella malattia celiaca" in condivisione con l'UO di Pediatria	11,1	presentazione della procedura condivisa alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di giugno	Pediatria	11,1
		C.2 Attivazione ambulatorio in condivisione con l'UO di Perdiatria	11,1	attivazione dell'ambulatorio	U.O.	entro il mese di ottobre		11,1
		C.3 Numero di audit effettuati sull'applicazione del protocollo	11,1	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		11,1
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D.1 Trasferimento delle conoscenze per un uso più razionale delle risorse	D.1 Predisposizione di corsi di formazione sulla corretta gestione delle PEG rivolto agli operatori dell'ADI	33,4	numero di edizioni effettuate	U.O.	>=3	Distretti	33,4

100

DIPARTIMENTO DI CURE MEDICHE

UO MEDICINA INTERNA PO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A.1 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi	5	percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=18,1%		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	5	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=4,8%		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso, BPCO)	C.1 Predisposizione di materiale illustrativo e educativo sullo scompenso cardiaco rivolto al paziente e ai familiari	15	preparazione del materiale e sua divulgazione	U.O.	entro il mese di settembre		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	D.1 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Progetto sullo Scompenso Cardiaco	15	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UO Cardiologia e UTIC, Distretti UO Cure Primarie	15
		D.2 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della BPCO	15	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UO Pneumologia e Distretti	15
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Utilizzo di risorse (umane, strutturali e tecnologiche) in condivisione con altre unità operative	E.1 Utilizzo dell'ecografo e degli ambulatori della medicina da parte dei cardiologi per l'esecuzione di ecocardiogrammi ai pazienti ricoverati nel reparto	15	percentuale di ecocardiogrammi effettuati nel reparto di medicina rispetto al totale di ecocardiogrammi erogati al reparto	UU.OO. di cardiologia e medicina	>=80%		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Trasferimento delle conoscenze per un uso più razionale delle risorse	F.1 Formazione dei medici dell'UO di Oncologia all'esecuzione mediante ecografia delle procedure invasive (toracentesi, paracentesi) e messa a disposizione dell'ecografo in dotazione della medicina	20	numero di medici oncologi formati rispetto al totale	UO di oncologia	>=2		20
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	G.1 Garantire al personale medico dell'UO la partecipazione ad un corso su color doppler dei tronchi sovraortici e degli arti inferiori	10	numero di medici che parteciperanno al corso	U.O.	>=2		10
100								

UO MEDICINA INTERNA PO GHILARZA

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	5	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=26,5%		5
		A.2 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi	15	percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e Controllo	<=20,7%		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	20	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=5,3%		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	C.1 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Progetto sullo Scompensso Cardiaco	15	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UO Cardiologia e UTIC, Distretti UO Cure Primarie	15
		C.2 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della BPCO	15	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UO Pneumologia e Distretti	15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D. Trasferimento delle conoscenze per un uso più razionale delle risorse	D.1 Formazione mediante un corso base di ecocolor doppler rivolta ai medici di pronto soccorso e ai medici ospedalieri interessati	15	Predisposizione e attivazione dei corsi		entro dicembre		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	E. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	E.1 Formazione mediante un corso di BLS rivolto agli operatori dell'UO	15	partecipazione al corso degli operatori		100%	Dipartimento di Emergenza Urgenza	15

UO MEDICINA INTERNA PO BOSÀ								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	23,5	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=33,2%		23,5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	11,8	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e Controllo	<=5,8%		11,8
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	C.1 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Progetto sullo Scenario Cardiaco	11,8	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UO Cardiologia e UTIC, Distretti UO Cure Primarie	11,8
		C.2 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della BPCO	10	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UUOO Medicina Interna dei tre Presidi, UO Pneumologia e Distretti UO Cure Primarie	11,8
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	D. Implementazione dell'offerta di prestazioni oncologiche	D.1 Apertura al pubblico dell'ambulatorio dedicato nel presidio Mastino di Bosa	sterilizzato	numero di ore settimanali di apertura	U.O.	4		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Implementazione dell'offerta di prestazioni endocrinologiche e delle malattie metaboliche	E.1 Apertura al pubblico dell'ambulatorio dedicato nel presidio Mastino di Bosa	11,8	numero di ore settimanali di apertura	U.O.	8		11,8
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Trasferimento delle conoscenze per un uso più razionale delle risorse	F.1 Formazione mediante un corso di BLS rivolto agli operatori dell'UO	17,5	partecipazione al corso degli operatori	U.O.	100%	Dipartimento di Emergenza Urgenza	17,5
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G.1 Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	G.1 Formazione mediante un corso informativo di endocrinologia rivolto ai medici e specialisti ambulatoriali sull'applicazione delle linee guida regionali per la cura del carcinoma della tiroide	11,8	Predisposizione e attivazione del corso	U.O.	entro dicembre		11,8

UO CARDIOLOGIA E UTIC PO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A.1 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi	20	percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) rispetto al totale dei RO Medici	Programmazione e controllo	<=35,8%		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Evitare i ricoveri ripetuti	B.1 Ridurre il numero dei re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	10	percentuale di re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC sul totale dei ricoveri	Programmazione e controllo	<=3,9%		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Riduzione del numero dei ricoveri evitabili.	C.1 Sottoscrizione e attuazione di un protocollo con le UUOO di Cardiologia, Anestesia e Pronto Soccorso per il trattamento in OBI dei casi urgenti di fibrillazione atriale	10	Sottoscrizione protocollo	U.O.	entro il mese di maggio	UUOO Pronto soccorso e Anestesia e Rianimazione del PO San Martino	5
				Verifica attuazione. Attivazione n. 2 audit	U.O.	entro il mese di settembre e dicembre		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	D.1 Organizzazione di un evento per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Progetto sullo Scompenso Cardiaco	10	realizzazione dell'evento	U.O.	3	Medicin adi Ghilarza, Bosa e Oristano, Distretti	10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	E. Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici	E.1 Predisposizione del percorso integrato del paziente con piede diabetico in collaborazione con le UU.OO. Diabetologia e Ortopedia	10	presentazione del percorso alla Direzione Generale	U.O.	entro il 31 maggio		5
				numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1	UU.OO. Diabetologia e Ortopedia	5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	F. Migliorare la presa in carico dei pazienti e l'accesso ai servizi	F.1 Apertura di ambulatori dedicati	10	apertura dell'ambulatorio per lo scompenso cardiaco	U.O.	entro il mese di giugno		5
				apertura dell'ambulatorio per la prevenzione cardiovascolare		entro il mese di giugno		5
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	G. Ridurre il disagio del paziente permettendo un controllo a domicilio	G.1 Attivazione del telecontrollo di pacemaker e defibrillatori automatici impiantabili	10	avvio del servizio	U.O.	entro 30 gg dalla sottoscrizione del contratto da parte della Direzione Generale		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	H. Utilizzo di risorse (umane, strutturali e tecnologiche) in condivisione con altre unità operative	H.1 Utilizzo dell'ecografo e degli ambulatori della medicina da parte dei cardiologi per l'esecuzione di ecocardiogrammi ai pazienti ricoverati nel reparto	10	percentuale di ecocardiogrammi non urgenti effettuati nel reparto di medicina rispetto al totale di ecocardiogrammi erogati al reparto	UU.OO. Di medicina e cardiologia	>=80%		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	I. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	I.1 Realizzazione evento formativo interno all'U.O. relativo alla revisione dei protocolli diagnostico-terapeutici	5	numero operatori coinvolti	U.O.	>=70% degli operatori della U.O.		5
		I.2 Realizzazione evento formativo per definizione percorso diagnostico terapeutico per il paziente affetto da sindrome coronarica acuta e per il paziente affetto da aritmia cardiaca	5	numero eventi	U.O.	>=2		5

UO NEFROLOGIA E DIALISI CRISTIANO

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A. 1 Riduzione del numero di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	20	percentuale dei DH medici con finalità diagnostica rispetto al totale dei DH	Programmazione e Controllo	<=55,7%		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	B.1 Apertura di un ambulatorio dedicato all'insufficienza renale cronica stadio IV e V denominato "PREDIALISI"	20	numero di ore settimanali di apertura dell'ambulatorio	U.O.	8		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Attivazione nuovi posti rene PO Oristano	C.1 Predisposizione e raccolta degli atti necessari all'ottenimento dell'accreditamento della nuova struttura per quanto di competenza dell'UO	20	Consegna dei documenti alla Direzione Ospedaliera	Direzione Ospedaliera	entro il mese di giugno		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Implementazione sistema informativo	D.1 Registrazione completa di tutte le prestazioni ambulatoriali per esterni della struttura complessa (Oristano, Ghilarza, Terriaba) sul file C	10	percentuale di prestazioni in back office registrate sul file C	Segreteria CUP	<=15%		10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Implementazione delle conoscenze per un uso più razionale delle risorse	E.1 Formazione di un medico dell'UO per il posizionamento di Cateteri Venosi Centrali temporanei e permanenti.	15	numero di medici formati	U.O.	>=1		15
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	F.1 Formazione di un medico e un infermiere per un programma di terapia di dialisi peritoneale	15	numero di medici e infermieri formati	U.O.	1 medico e 1 infermiere		15

UO PNEUMOLOGIA ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	A. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	A.1 Formazione rivolta ai medici di medicina generale e specialisti internisti dei distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza Bosa sulla gestione integrata del paziente affetto da BPCO	15,4	numero incontri realizzati	U.O.	2	Distretti	15,4
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, scompenso, BPCO)	B.1 Numero di audit effettuati sull'applicazione del percorso per la BPCO con il coinvolgimento dei MMG	sterilizzato	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=2	Distretti	0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Valorizzare i rapporti tra MMG e servizi aziendali per la presa in carico dei pazienti cronici	C.1 Organizzazione di un evento a fine anno per l'illustrazione dei primi esiti dell'applicazione del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della BPCO	15,4	Numero eventi informativi realizzati	U.O.	1	UUOO Medicina Interna dei tre Presidi e Distretti UO Cure Primarie	15,4
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	D. Razionalizzare la gestione dell'Assistenza Protetica e Integrativa	D.1 Predisposizione e adozione di una procedura unica aziendale per l'autorizzazione dei ventilatori polmonari unitamente ai direttori di distretto	15,4	numero procedure presentate alla Direzione Generale	U.O.	1 entro il mese di luglio 2012	Distretti	15,4
		D.2 Numero di audit effettuati sull'applicazione della procedura	23	numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1		23
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Implementazione dell'offerta di prestazioni	E. Attivazione di un Servizio di Endoscopia Toracica con la disponibilità della sala di endoscopia digestiva	sterilizzato	attivazione del servizio	U.O.	entro dicembre	Endoscopia Digestiva	0
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	F. Ridurre i tempi d'attesa per le visite pneumologiche	F.1 Gestione in autonomia delle visite di controllo dei pazienti in carico all'UO: prescrizione, prenotazione e inserimento a CUP da parte dello specialista dell'UO di pneumologia delle visite di controllo per i pazienti in carico	30,8	prenotazione a CUP delle visite di controllo da parte di tutti i medici dell'UO	Segreteria CUP	prenotazione a CUP da parte di tutti i medici dell'UO a decorrere dal mese di giugno 2012		30,8

UO DIABETOLOGIA ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Migliorare la presa in carico dei pazienti cronici	A.1 Predisposizione del percorso integrato del paziente con piede diabetico in collaborazione con le UU.OO. Cardiologia e Ortopedia	30	presentazione del percorso alla Direzione Generale	U.O.	entro il 31 maggio		15
				numero di audit effettuati	relazione esiti audit presentata dall'UO	>=1	UU.OO. Cardiologia e Ortopedia	15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Avviamento alla attività fisica strutturata dei Pazienti con recente diagnosi di Diabete tipo 2	B.1 Realizzazione dei corsi finanziati dal Piano Regionale di Prevenzione	10	numero di corsi realizzati	U.O.	4		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Campagna di screening dei Cittadini a Rischio di diabete di tipo 2	C.1 Valutazione questionari raccolti ed esecuzione esami nei Pazienti risultati a rischio.	10	% di utenti a rischio a cui è offerta l'esecuzione della Glicemia rispetto al numero dei pazienti risultati a rischio	UO	40%	Distretti e MMG Dipartimento Prevenzione	0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Attivazione di campagne di informazione rivolte ai cittadini e agli Operatori Sanitari per un corretto stile di vita	D.1 Realizzazione di eventi educativi ai cittadini per un corretto stile di vita e realizzazione eventi formativi per Operatori Sanitari su interventi sullo stile di vita.	20	numero di eventi realizzati	U.O.	3 eventi rivolti ai cittadini e 2 eventi rivolti agli operatori sanitari		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Supporto psicologico ai Pazienti in carico presso l'U O	E.1 Offerta del nuovo servizio di Counseling Psicologico da realizzarsi mediante 5 sedute per i Pazienti con comportamenti a rischio	10	completamento ciclo 5 sedute	U.O.	ciclo completato in almeno il 60% dei Paz coinvolti		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	F. Costruzione di report di valutazione dei risultati	F.1 Predisposizione e presentazione di report annuali contenenti indicatori di processo e di esito intermedio della attività svolta dalla Struttura di Diabetologia della ASL	10	presentazione del report alla Direzione Generale	U.O.	entro febbraio 2013		10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	G. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	G.1 Garantire la realizzazione di un evento mensile con tutti gli operatori dell'UO (incontri accreditati): Diario di bordo	10	numero di eventi realizzati	U.O.	8		10

[illegible]

100

UO CENTRO RIFERIMENTO ALZHEIMER								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Condivisione dei protocolli diagnostico terapeutici in azienda per il trattamento e la cura dell'Alzheimer	A.1 Predisposizione di un protocollo diagnostico terapeutico condiviso per la cura dell'Alzheimer in ambito aziendale (condiviso con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze con il coordinamento dell'UO Centro Riferimento Alzheimer)	20	presentazione del protocollo alla direzione generale	U.O. e DSMD	entro il mese di ottobre	Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD)	20
		A.2 Divulgazione del protocollo in ambito aziendale mediante la realizzazione di eventi informativi rivolti ai medici del dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e ai Medici di Medicina Generale	30	numero di eventi informativi realizzati		>=1		30
		A.3 Numero di audit effettuati sulla corretta applicazione del protocollo	30	numero di audit effettuati		>=2		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	B. Implementare la conoscenza e l'approccio del familiare alla malattia	B.1 Organizzazione di incontri con i caregiver in collaborazione con l'AMAS (associazione dei malati di Alzheimer)	20	numero di edizioni effettuate	U.O.	>=2		20

UO CENTRO THALASSEMIE ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Standardizzare le procedure operative in uso nell'U.O.	A.1 Elaborazione procedura per la somministrazione degli emocomponenti ai pazienti talassemici	40	presentazione della procedura alla Direzione Generale	U.O.	entro dicembre		40
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	B. Misurare la soddisfazione percepita dall'utente al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti	B.1 Preparazione e somministrazione ai pazienti di un questionario di gradimento del servizio offerto al fine di verificare il grado di soddisfazione dell'utente	30	numero di questionari restituiti rispetto ai questionari somministrati	U.O.	75%		30
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	C. Favorire il miglioramento della qualità comunicativa e relazionale con il paziente	C.1 Organizzazione incontri periodici con le associazioni dei pazienti al fine di implementare il rapporto struttura/paziente e migliorare la qualità dell'assistenza	30	numero di incontri trimestrali	U.O.	1 incontro entro il mese di dicembre		30
								100

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

UO SERVIZIO LABORATORIO ANALISI AZIENDALE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Migliorare i tempi di risposta del servizio ai reparti ospedalieri	Predisposizione di una procedura e applicazione della stessa relativa alla definizione del tempo medio di attesa per le prestazioni rese in urgenza-emergenza	30	presentazione della procedura alla Direzione Generale	Servizio Laboratorio	entro maggio 2012	UUOO ospedaliere	15
				tempo medio annuo intercorso tra la presa in carico della richiesta da parte del servizio e la produzione del referto a decorrere dal mese di dicembre 2012	Servizio Laboratorio	<= 3 ore		15
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Analisi dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni rese in urgenza-emergenza	Monitoraggio dei tempi di risposta delle prestazioni rese in urgenza-emergenza	10	Invio della reportistica ai reparti ogni bimestre con con indicazione dei tempi di risposta e analisi dei dati	Servizio Laboratorio	invio reportistica ai reparti a decorrere dal mese di maggio 2012	UUOO ospedaliere	10
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Implementazione delle competenze delle varie professioni afferenti al Servizio nella Gestione del Magazzino di Reparto dei beni sanitari del Laboratorio aziendale	Utilizzo della procedura informatica AREAS riguardante le richieste di approvvigionamento alla farmacia, le proposte d'ordine e la gestione dei carichi e scarichi del magazzino di reparto	20	Utilizzo della procedura informatica (carichi e scarichi periodici di magazzino di reparto) per il Laboratorio di Oristano	procedura informatica AREAS	Report esistente in magazzino di reparto al 31/12/2012	Ufficio Informatico	10
				Avvio e utilizzo procedura informatica (Richieste, Proposte, carichi scarichi magazzino di reparto) per Laboratorio di Ghilarza e Bosa				10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	Implementare il sito internet aziendale al fine di ottimizzare il rapporto con l'utenza e favorire e migliorare l'accesso e la fruizione dei servizi offerti	Aggiornamento delle informazioni riguardanti l'unità operativa e produzione di modulistica elettronica	10	SITO AZIENDALE - Carta dei Servizi - Repertorio delle prestazioni - Tempi di Risposta SITO INTRANET - Provette in uso - Norme per il prelievo	Servizio Laboratorio	a decorrere dal mese di giugno 2012		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	Implementazione portale dei referti	Accesso dei pazienti al portale dei referti per consultare e stampare gli esami di laboratorio eseguiti	20	Attivazione del portale referti e promozione sul sito internet	Servizio Laboratorio	Attivazione del portale referti e promozione sul sito internet	Ufficio Informatico	20
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	Migliorare le competenze delle varie professioni afferenti al Dipartimento	Evento Formativo Interprofessionale "Corso avanzato di ematologia"	10	Realizzazione dell'evento entro 30/10/2012	Servizio Laboratorio	Evidenza della realizzazione dell'evento		10

UO SERVIZIO ANATOMIA PATOLOGICA PO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Garantire il supporto al programma di screening del carcinoma della mammella	Applicazione di procedure tecniche e cognitive per quanto concerne la diagnostica istologica e citopatologica su agobiopsie e citoaspirati di lesioni mammarie sospette di neoplasia allo screening mammografico relative al secondo livello diagnostico dello screening del carcinoma della mammella	30	numero di prestazioni rese dal servizio/numero di prestazioni richieste dal centro screening *100	sistema gestionale della Unità Operativa di Anatomia Patologica e del Centro screening	>=95%	Centro screening	30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Razionalizzare le risorse e monitorare i tempi di risposta delle prestazioni rese ai reparti chirurgici, per una fruizione in tempi rapidi della diagnosi istologica finalizzata alla velocizzazione dei processi post diagnostici	Miglioramento del tempo di refertazione delle prestazioni rese ai reparti di degenza chirurgica rispetto ai tempi medi registrati nei primi due mesi del 2012	30	tempo medio di refertazione del periodo marzo-dicembre 2012 inferiore di un giorno rispetto al primo bimestre 2012 per le patologie neoplastiche e non del colon retto con procedure non prolungate	Anatomia Patologica	8,18 giorni	Diartimento Cure Chirurgiche	7,5
				tempo medio di refertazione del periodo marzo-dicembre 2012 inferiore di un giorno rispetto al primo bimestre 2012 patologie neoplastiche e non appendice ciecale		7,77 giorni		7,5
				tempo medio di refertazione del periodo marzo-dicembre 2012 inferiore di un giorno rispetto al primo bimestre 2012 patologie neoplastiche e non colecisti		5,74 giorni		7,5
				tempo medio di refertazione del periodo marzo-dicembre 2012 inferiore di un giorno rispetto al primo bimestre 2012 patologie neoplastiche e non dell'utero		7 giorni		7,5
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Standardizzare le procedure riguardanti i feti nati morti che tenga conto della normativa vigente	Stesura di un protocollo operativo riguardante i feti nati morti condiviso dalla Direzione sanitaria del San Martino e dalla Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia.	15	consegna del protocollo alla Direzione Generale e applicazione della procedura. Numero di Audit effettuati.	verifica della corretta applicazione da parte della Direzione Sanitaria	consegna entro giugno 2012 e applicazione a decorrere dal mese di settembre 2012. Audit >=1	Direzione sanitaria del S. Martino e dalla Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia	15

[illegible]

UO SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE PO ORISTANO

AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Attivare il nuovo servizio della Raccolta Sangue di Cordone Ombelicale delle coppie desiderose di donare il sangue di cordone ombelicale ricco di cellule staminali	Comunicazione esterna riguardante la possibilità della donazione del sangue di cordone ombelicale, validazione delle coppie candidate alla donazione, prelievo (in collaborazione con la U.O. di Ostetricia e Ginecologia), registrazione ed invio alla banca regionale di sangue cordonale del materiale prelevato.	30	% di sacche di sangue cordonale inviate alla Banca di Sangue Cordonale rispetto a quelle ritenute idonee alla donazione	SIT	>=80%	Ostesticia e Ginecologia	30
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	Implementare l'attività ambulatoriale di Medicina Trasfusionale: incremento delle trasfusioni di sangue ed emocomponenti e della terapia sostitutiva delle anemie finalizzata alla riduzione dei ricoveri ordinari	Incremento delle prestazioni rese nel 2011 in riferimento a: visite ambulatoriali (n. 72); Trasfusioni di Emazie Concentrate (n. 50); trasfusioni di Plasma Fresco congelato (n. 28); infusioni di ferro (n. 40); salassi terapeutici (n. 10)	30	incremento dell prestazioni rispetto all'anno 2011	SIT	>=10%		30
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Produrre nuovi emocomponenti ad uso non trasfusionale quali Gel di Piastrine e Colla di Fibrina destinati al trattamento di ulcere trofiche, piede diabetico, piaghe da decubito	Stesura di un protocollo operativo; fornitura alle strutture richiedenti ed applicazione diretta ai pazienti ambulatoriali di questi emocomponenti	20	Numero di emocomponenti prodotti nel secondo semestre 2012. Numero di Audit effettuati.	sistema informatico gestionale in uso al SIT	Emocomponenti >=100 Audit >=1		10
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	Implementare il sito internet aziendale al fine di ottimizzare il rapporto con l'utenza e favorire e migliorare l'accesso e la fruizione dei servizi offerti	Aggiornamento delle informazioni riguardanti l'unità operativa e produzione di modulistica elettronica	10	Evidenza di pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni riguardanti l'unità operativa	SIT	a decorrere dal mese di settembre 2012		0
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	Migliorare le competenze delle varie professioni afferenti al Dipartimento	Evento Formativo Interprofessionale "Corso avanzato di ematologia"	10	Realizzazione dell'evento entro 30/10/2012	SIT	Evidenza della realizzazione dell'evento		10

80

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

UO RADIOLOGIA P.O. SAN MARTINO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	A. Migliorare i tempi di attesa per la Risonanza Magnetica	A.1 Ottimizzazione dell'offerta di prestazioni rivolta agli utenti esterni di prestazioni di risonanza magnetica	20	riduzione percentuale dei tempi di attesa per RM rispetto al tempo medio del mese di gennaio 2012	Segreteria CUP	>=5% vedi allegato		0
	B. Migliorare i tempi di attesa per la TAC e gli esami ecografici	B.1 Presentazione di una proposta operativa finalizzata all'individuazione di soluzioni per la riduzione delle liste d'attesa	20	Presentazione della proposta operativa	U.O.	entro il mese di maggio		20
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Attivazione nuovo corpo DEA	C.1 Predisposizione della documentazione di propria competenza necessaria all'ottenimento dell'accreditamento della nuova struttura e trasferimento nei nuovi locali al fine di consentire la piena attivazione del nuovo corpo DEA	20	predisposizione documentazione	Direzione Ospedaliera	entro il mese di giugno	UUOO di Anestesia e Rianimazione PO Oristano, UO Pronto Soccorso, Direzione Ospedaliera, Nuove Opere e Ristrutturazioni	20
				trasferimento nel nuovo corpo		entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della disponibilità dei locali	Direzione Ospedaliera, UO Nuove opere e ristrutturazioni	
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Sviluppare l'integrazione fra i servizi ospedalieri	D.1 Garantire il supporto all'U.O. di Chirurgia Generale per il reperimento delle lesioni non palpabili e dei tumori in situ	20	% evasione richieste della UO Chirurgia generale	UO Chirurgia Generale	>=90%	UO Chirurgia generale PO Oristano	20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	E. Realizzazione di azioni congiunte per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	E.1 Incontri con i MMG e direttori di Distretto per la sensibilizzazione e l'informazione in ordine alla prescrizione di esami per la diagnosi di determinate patologie	10	Numero di incontri per Distretto	UO	>=1	U.O. Radiologia Ospedali di rete	10
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	F.1 Formazione specifica sulle nuove apparecchiature ad alto impatto tecnologico al fine di ottimizzarne l'utilizzo	10	Realizzazione degli eventi formativi	UO	entro dicembre		10

UO RADIOLOGIA OSPEDALI DI RETE								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	A. Esecuzione adempimenti previsti nel Piano attuativo aziendale del governo delle liste d'attesa	A.1 Migliorare i tempi di attesa per gli esami ecografici	43	riduzione percentuale dei tempi di attesa per eco capo e collo, addome completo, inferiore e superiore rispetto al tempo medio del mese di gennaio 2012	Segreteria CUP	>=10%		43
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Miglioramento della qualità dei processi di lavoro	B.1 Elaborazione di un protocollo con il Pronto Soccorso per definire il set di esami necessari per il trattamento di alcune patologie	21	presentazione protocollo	UO	entro settembre	UO Pronto Soccorso Bosa	21
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	C. Realizzazione di azioni congiunte per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	C.1 Incontri con gli MMG e direttori di Distretto per la sensibilizzazione e l'informazione in ordine alla prescrizione di esami per la diagnosi di determinate patologie	21	Numero di incontri per Distretto	UO	>=1	U.O. Radiologia Ospedali di rete	21
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	D. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	D.1 Formazione specifica sulle nuove apparecchiature ad alto impatto tecnologico al fine di ottimizzarne l'utilizzo	15	Realizzazione degli eventi formativi	UO	entro dicembre		15

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E CURE INTENSIVE

UO PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE PO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili	A.1 Riduzione del numero di ricoveri ordinari medici brevi in urgenza con accesso da Pronto Soccorso	25	percentuale dei RO medici brevi (0-2 gg) in urgenza rispetto al totale dei RO Medici in urgenza	Programmazione e Controllo	<=22,53%		25
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	B. Migliorare l'accessibilità al servizio per l'utente	B.1 Attivazione progetto per la gestione dei casi codificati come codici bianchi da parte del Pronto Soccorso in funzione dell'attivazione del nuovo corpo DEA	sterilizzato	piena realizzazione del progetto. Attivazione n. 1 audit	U.O.	entro il mese di ottobre		0
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi		B.2 Riduzione del tempo medio di attesa dei codici bianchi e verdi per i pazienti del Pronto Soccorso (tempo medio tra il momento del triage e la chiamata del paziente)	25	riduzione percentuale rispetto all'anno 2011	Direzione Ospedaliera	>=5%		25
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	C. Ridurre il numero dei ricoveri evitabili	C.1 Sottoscrizione e attuazione di un protocollo con le UUOO di Cardiologia, Anestesia e Pronto Soccorso per il trattamento in OBI dei casi urgenti di fibrillazione atriale	6,2	consegna protocollo sottoscritto alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di maggio	UO Cardiologia e Anestesia e Rianimazione	6,2
			6,3	verifica attuazione. Attivazione n. 2 audit	relazione esiti audit presentata dall'UO	1 audit a settembre e 1 audit a dicembre		6,3
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Attivare nuovo corpo DEA	D.1 Predisposizione della documentazione di propria competenza necessaria all'ottenimento dell'accreditamento della nuova struttura e trasferimento nei nuovi locali al fine di consentire la piena attivazione del nuovo corpo DEA	6,2	consegna dei documenti alla Direzione Ospedaliera	Direzione Ospedaliera	entro il mese di giugno	UUOO di Anestesia e Rianimazione PO Oristano, Direzione Ospedaliera, Nuove Opere e Ristrutturazioni	6,2
			6,3	trasferimento nel nuovo corpo	U.O.	entro 30 giorni dalla comunicazione di disponibilità dei locali		6,3
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Costituire una rete ospedale - territorio per la presa in carico delle donne che subiscono violenza e dei loro figli minori	E.1 Elaborazione percorso di presa in carico della donna e dei minori in ambito ospedaliero a seguito dell'attivazione del Centro Antiviolenza	18,7	presentazione del percorso alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di Luglio	Servizio Socio Sanitario	18,7
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	F.1 Predisposizione convegno sulla "Sincope" e dei corsi di formazione su "Gestione della SCA", "Fibrillazione Atriale" e "ECG e principali aritmie"	6,3	realizzazione degli eventi formativi	U.O.	convegno entro giugno e corsi di formazione entro dicembre		6,3

UO PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE PO BOSA

[illegible]

UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO ORISTANO								
AREA STRATEGICA	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	VALORE ATTESO	ALTRI DIPARTIMENTI/ UU.OO. COINVOLTI	RISULTATO
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	A. Attivazione nuovo corpo DEA	A.1 Predisposizione della documentazione di propria competenza necessaria all'ottenimento dell'accreditamento della nuova struttura e trasferimento nei nuovi locali al fine di consentire la piena attivazione del nuovo corpo DEA	10	consegna dei documenti alla Direzione Ospedaliera	Direzione Ospedaliera	entro il mese di giugno	UUOO di Direzione Ospedaliera, Pronto Soccorso e Osservazione Breve PO Oristano, Nuove Opere e Ristrutturazioni	10
				trasferimento nel nuovo corpo	U.O.	entro 30 giorni dalla comunicazione di disponibilità dei locali		
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	B. Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	B.1 Elaborare un regolamento per la gestione delle sale operatorie del DEA di Oristano, del PO di Ghilarza e del PO di Bosa per la gestione delle attività anestesiologiche	20	consegna proposta regolamento alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di <i>dicembre</i>	Direzione Ospedaliera, Dipartimento Cure Chirurgiche, U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedali di Rete	20
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	C. Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	C.1 Predisporre il programma inerente i servizi offerti per ogni sala operatoria attivata, limitatamente alle attività di anestesia	30	consegna del programma alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di <i>ottobre</i>	UU.OO. Chirurgiche, SPS	30
		C.2 Predisporre un report mensile relativo al rispetto del programma degli interventi		consegna del report alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese successivo al mese di riferimento a decorrere dal mese di <i>novembre</i>	UUOO Cure Chirurgiche	
Sviluppo delle azioni di miglioramento dei processi	D. Riduzione del numero dei ricoveri evitabili	D.1 Sottoscrizione e attuazione di un protocollo con le UUOO di Cardiologia, Anestesia e Pronto Soccorso per il trattamento in OBI dei casi urgenti di fibrillazione atriale	15	consegna protocollo sottoscritto alla Direzione Generale	U.O.	entro il mese di <i>maggio</i>	U.O. Cardiologia e Pronto Soccorso	15
				verifica attuazione. Attivazione n. 2 audit	relazione esiti audit presentata dall'UO	1 audit a settembre e 1 audit a dicembre		
Sviluppo delle azioni di miglioramento del servizio per l'utente	E. Implementazione dei servizi in favore dell'utente	E.1 Organizzazione di un evento informativo ai MMGG sulla terapia antalgica e sul Servizio Ospedale Territorio "Senza Dolore"	20	realizzazione evento	U.O.	entro il mese di <i>ottobre</i>	UO Anestesia ospedali di rete	20
Implementazione delle attività di formazione e apprendimento	F. Favorire la crescita professionale e l'aggiornamento	F.1 Predisposizione convegno sulla "Sincope"	5	realizzazione degli eventi formativi	U.O.	convegno entro giugno		5
100								

[illegible][illegible]