

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - ATS

Dimensione dell'Assistenza Collettiva

Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
4	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	INCREMENTO PERCENTUALE base line regionale 2016: T cervic= 34%; T Colon retto=17%; T Mammella= 22% Tumore cervic: miglioramento almeno del 40% nelle ASL che sono al di sotto del 40%, e miglioramento almeno del 5% nelle ASL che sono al di sopra del 40%. Tumore colon: miglioramento almeno dell'80% nelle ASL che sono al di sotto del 30%, e miglioramento almeno del 5% nelle ASL che sono al di sopra del 30%. T mammella: miglioramento almeno dell' 80% nelle ASL che sono al di sotto del 30%, e miglioramento almeno del 5% nelle ASL che sono al di sopra del 30%. In ogni caso le ASL devono garantire per tutti gli screening un'adesione reale non inferiore al 25%.	L'obiettivo di copertura reale al 2017 previsto nella programmazione regionale (PRP 2014/2018 - Programma P -1.4.) per i tre screening è del 40%. Considerati i livelli di copertura reale della popolazione target per ciascuno dei tre screening al 2015 (ultimo dato disponibile) si propone un obiettivo di incremento % differenziato a seconda del valore al 2015: cervicale T0 =33%; + 22%; T1=40%; coloretta T0= 19%; +58%; T1=30%; mammografico T0= 25%; +40%; T1=35%
1	Consentire il consolidamento del registro tumori regionale	n. flussi informativi stabilmente avviati e operativi nei tre registri locali/totale dei flussi definiti nel regolamento	Standard = 4 flussi attivati, secondo le indicazioni del regolamento regionale e rispetto degli standard accreditamento AIRTUM presso tutti i registri locali, in particolare su Mortalità, Schede di dimissione ospedaliera, Anatomia Patologica e Farmaci Oncologici.	L'obiettivo è funzionale all'avvio e consolidamento del Registro Tumori regionale (DGR 1/11/2016)
2	Potenziare l'utilizzo dei sistemi informativi in materia di rischi e danni da lavoro (Sistema di sorveglianza MalProf)	(N. casi analizzati e inseriti/N. segnalazioni a Spresal)*100	95%	Obiettivo coerente con la programmazione nazionale (PNP 2014-2018) e regionale (PRP 2014-2018), 2016 è 83%
1	Definizione dei rapporti di committenza tra ATS da una parte e Aziende ospedaliere-universitarie e Azienda Ospedaliera Brotzu dall'altra, per l'acquisizione di prestazioni di secondo livello da erogare nell'ambito dei programmi di screening mammografico, cervicale e coloretta, laddove necessario sulla base delle esigenze derivanti dalla riorganizzazione dei percorsi su base regionale (o di area vasta - ricomprendente più ASL) in funzione degli standard di qualità e di sostenibilità del sistema. Gli accordi interaziendali dovranno regolamentare sia gli standard di qualità garantiti dal percorso, sia i rapporti economici.	n. di Accordi/convenzioni sottoscritte	3	Con il riassetto del SSR (es. accorpamento del P.O. SS. Annunziata all'AOU di Sassari; accorpamento del P.O. Busino all'AO Brotzu) è urgente definire i rapporti di committenza con particolare riferimento alle prestazioni di secondo livello. Inoltre, i rapporti interaziendali sono funzionali alla riorganizzazione complessiva dei percorsi su base regionale/area vasta, all'ampliamento dell'estensione e al miglioramento qualitativo dei Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2014/2018 - Programma P- 1.4).
1	Incrementare l'adesione ai sistemi di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI d'argento (La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più)	(N. interviste trasmesse al 31/12/2018 / N. interviste previste nel periodo di riferimento)*100	60% passi; 50% passi d'argento	Il periodo di riferimento è il 2018 per PASSI e il biennio 2017-2018 per PASSI D'ARGENTO
1	Adesione al progetto dell'OMS "Save Lives Clean your hands"	N. Monitoraggi/anno in ciascun Presidio ospedaliero	Almeno due monitoraggi effettuati nel corso dell'anno sulle 5 aree identificate dall'OMS come cardine del progetto: Cambiamenti di Sistema; Educazione e Formazione; Valutazione e Feedback; Promemoria sul posto di lavoro; Clima mirato alla sicurezza istituzionale. Evidenza documentale di un piano di azione mirato al miglioramento della situazione iniziale.	in continuità con l'obiettivo 2017, utilizzo di strumenti validati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Area della Sanità Pubblica Animale

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
2	Consolidare la sorveglianza TBC bovina	(N. allevamenti controllati/N. allevamenti controllabili)*100	>= del 99,9% dei controllati e conferma della qualifica di U.I. nei territori U.I. e prevalenza delle aziende < 0,1%	D.A.I.S N.9 del 28/02/2018
1	Potenziare la sorveglianza encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE)	(N. ovini e caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore minimo atteso per ciascuna specie)*100	> del 99,9% di ovini e caprini morti testati per scrapie rispetto al valore minimo atteso per ciascuna specie	• Reg Ce 999/2001; • Nota DGSAF n. 848 del 16/01/2018; • Nota SSPSA n. 1495 del 19/01/2018
1	Applicare il Piano Regionale di Programmazione e Coordinamento degli Interventi in Materia di Controllo Ufficiale degli Alimenti rev. 2018	(Numero di controlli ufficiali effettuati / Numero di controlli ufficiali programmati)*100	100% delle attività di controllo ufficiale intese come ispezioni, audit e campionamento per l'analisi programmate per il 2018	Determinazione n.148628/12/2017
1	Conduzione del Piano straordinario di eradicazione della Peste suina africana (PSA)	(N. aziende suine certificate/N. aziende suine controllabili)*100	>80%	Determinazione del Responsabile UdP n.16, prot. 648 del 29/11/2017

Dimensione dell'Assistenza distrettuale e ospedaliera

Area della Qualità e Governo clinico

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
4	Progressivo accreditamento istituzionale del sistema sanitario	n. 1 delibera aziendale presentata	100%	deliberazione AS con allegato programma di adeguamento da cui si evinca chiara definizione di priorità, tempi e risorse
2	Audit su eventi da incident reporting	Almeno 2 audit per ciascuna unità operativa sanitaria	>= 80% delle unità operative sanitarie coinvolte	compilazione di alert report
2	Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	(N. strutture che compilano SISPA/N. totale di strutture che effettuano attività chirurgica)*100	>=80%	Il valore è misurato sui flussi informativi trasmessi entro 31 gennaio 2019. DGR 63/24 del 2015

Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
2	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA	Incremento % rispetto al punteggio 2016	>10%	Il punteggio complessivo è calcolato al netto degli indicatori strutturali del livello distrettuale (posti letto in strutture)
7	Miglioramento degli indicatori PNE	Incremento % rispetto al punteggio 2015	Variazione positiva di almeno il 50% degli indicatori visibili con il "treemap" e critici (sotto la media) per ciascuna delle strutture monitorate con il PNE; mantenimento dei valori medi e superiori alla media	Il Valore dello standard è calcolato sui dati 2017 nell'ambito della valutazione degli obiettivi 2018 del DG
0	Ulteriore Miglioramento degli indicatori PNE	Incremento % rispetto al punteggio 2016	Variazione positiva di almeno il 50% degli indicatori visibili con il "treemap" e critici (sotto la media) per ciascuna delle strutture monitorate con il PNE; mantenimento dei valori medi e superiori alla media	Il Valore dello standard è calcolato sui dati 2018 nell'ambito della valutazione degli obiettivi 2019 del DG con peso=7
2	Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati 2017	(N. Audit effettuati/N. Audit richiesti)*100	>=90%	Le attività di Audit hanno come riferimento l'attività del 2016
6	Governo liste e tempi di attesa*	(N. visite o accessi effettuati / n. visite o accessi richiesti)	erogazione dell'70% delle prime visite/accessi di cui alla lista delle 43 prestazioni monitorate entro i tempi massimi regionali	L'obiettivo prevede la verifica della appropriatezza prima dell'inserimento nella lista di accesso
5	Applicazione rete ospedaliera regionale e rete ospedaliera di medicina trasfusionale	n. piani di attuazione approvati	2 delibere aziendali approvate	Documento del Consiglio regionale n. 16 del 25/10/2017 DGR n. 2/14 del 16/01/2018 DGR di integrazione e modifica della DGR 63/24 2015 e smi

*l'obiettivo può essere declinato dalla Direzione Generale ATS in ambiti distrettuali /sopra distrettuali

Punti 15

Punti 45

Punti 30

Livello della Sostenibilità economico-finanziaria - ATS

Dimensione della razionalizzazione e contenimento della spesa				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
23	Perseguire i target di risparmio attribuiti	Differenza tra costi della produzione 2018 e costi della produzione 2017	< o = Target trasmesso dall'Assessorato*	I riferimenti sono costituiti dalle direttive assessoriali emanate nel corso dell'anno in applicazione alla DGR 63/24 2015 e smi
Dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
2	1. Presentazione domande di pagamento per € 20.520.000 2. Stipula del contratto e consegna lavori entro dicembre 2018	1. Presentazione domande di pagamento per € 20.520.000 2. Stipula del contratto e consegna lavori entro dicembre 2018 Grado di perseguimento 2/2	Entro il mese di dicembre 2018	FSC 2007 - 2013
2	Realizzazione Case della Salute ASSL di Nuoro, Oristano, Cagliari	1. Presentazione domande di pagamento per € 2.500.000 2. Stipula contratto Casa della Salute di Monserrato entro dicembre 2018 Grado di perseguimento 2/2	Entro il mese di novembre 2018	POR FESR 2014 - 2020
2	Proseguimento degli interventi di edilizia e ammodernamento tecnologico varie ASSL (esclusi interventi rimodulati o da rimodulare e i grandi progetti) nell'ambito dell'FSC 2007 - 2013	1. Presentazione domande di pagamento per € 23.000.000	Entro il mese di dicembre 2018	FSC 2007 - 2013
Dimensione della gestione amministrativo-contabile				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
2	Definizione e corretta quantificazione ammortamenti non sterilizzati	N. determinazioni ASSL approvate e n. delibera ATS approvata entro il 30 maggio 2018	8 determinazioni + 1 delibera	L'operazione consentirà una corretta quantificazione delle perdite pregresse da ripianare e rappresenta un tassello fondamentale nell'applicazione del D,lgs 118/2011
5	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei Collegi sindacali (non si considera rispetto dell'adempimento la presentazione del progetto di bilancio)**	percentuale di documenti approvati nei termini	100% - l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Per la presentazione del bilancio d'esercizio 2017 il termine è il 30 giugno 2018. I documenti di programmazione regionale (bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, programma degli investimenti etc. possono essere presentati anche con un'unica deliberazione
4	Presentazione nei termini indicati dall'Assessorato della documentazione richiesta, connessa all'attività della programmazione / rendicontazione economico finanziaria	percentuale di documenti approvati nei termini	100% di documenti richiesti presentati nei termini - l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Ai fini della valutazione del target si terrà conto di tutte le note assessoriali che recano il riferimento agli obiettivi 2018

Punti 40

* Il 100% del punteggio è raggiunto se il valore del risultato è < o = al target; verrà progressivamente ridotto (in proporzione allo scostamento), con limite a zero nel caso in cui lo scostamento sia > o = al 30%.

** L'obiettivo verrà considerato comunque perseguito nel caso in cui il progetto di bilancio sia stato sottoposto all'esame del collegio dei revisori almeno 20 giorni prima della scadenza di cui alla colonna "note e riferimenti esterni"

Livello del Sistema Informativo Sanitario					
Punti 15	Dimensione della gestione delle liste d'attesa				
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
	5	Effettuare le prenotazioni tramite CUP	(N. prestazioni inserite in CUP/N. prestazioni documentate)*100	>0= 70%	Le prestazioni documentate sono rilevate dai flussi informativi correnti
	Dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati				
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
	2	Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e degli aborti spontanei (SPO)*	1. (N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini/N. modelli totali anno)*100 2. (N. campi compilati modelli D11 e D12/N. campi totali)*100	1. >0=70%; 2. >0=89%	Tempistica trasmissione: entro il mese successivo al trimestre di competenza (come da note prot. N. 5370 del 22/02/2018 e prot. n°5371 del 22/02/2018)
	5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione*	1. (N. record Flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini /N. totale record Flussi A, C, F 2017)*100 2. (N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2017 al termine previsto/N. totale dei record flussi A, C, F anno 2017)*100	1.>0=95%; 2. <0=5%	Le tempistiche sono definite per ciascuna tipologia di flusso (A, C, F) nel disciplinare regionale flussi e si riferiscono all'intera annualità
	Dimensione della informatizzazione aziendale				
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
	3	Diffusione FSE tra i cittadini e nelle Aziende sanitarie	1. Attivazione fascicoli sanitari elettronici tramite raccolta del consenso per il trattamento e successiva attivazione del sistema informativo 2. Integrazione dei laboratori pubblici con il FSE (certificati firmati digitalmente e inseriti nel FSE) 3. Integrazione dei laboratori privati con il FSE (certificati firmati digitalmente e inseriti nel FSE)	1. 5% della popolazione residente 2. 100% dei laboratori pubblici su FSE attivi 3. 50% dei laboratori privati su FSE attivi	

* Per ciascun obiettivo, il risultato è raggiunto nel caso di ottemperanza ad entrambi i valori di risultato dei due indicatori

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - AO, AOU

Dimensione dell'Assistenza Collettiva

Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni	
Punti 10	5	Definizione dei rapporti di committenza tra ATS da una parte e Aziende ospedaliero-universitarie e Azienda Ospedaliera Brotzu dall'altra, per l'acquisizione di prestazioni di secondo livello da erogare nell'ambito dei programmi di screening mammografico, cervicale e colorettrale, laddove necessario sulla base delle esigenze derivanti dalla riorganizzazione dei percorsi su base regionale (o di area vasta - ricomprendente più ASSL) in funzione degli standard di qualità e di sostenibilità del sistema. Gli accordi interaziendali dovranno regolamentare sia gli standard di qualità garantiti dal percorso, sia i rapporti economici.	n. di Accordi o convenzioni sottoscritte	1 per ciascuna AO / AOU	Con il riassetto del SSR (es. accorpamento del P.O. SS. Annunziata all'AOU di Sassari; accorpamento del P.O. Businco all'AO Brotzu) è urgente definire i rapporti di committenza con particolare riferimento alle prestazioni di secondo livello. Inoltre, i rapporti interaziendali sono funzionali alla riorganizzazione complessiva dei percorsi su base regionale/area vasta, all'ampliamento dell'estensione e al miglioramento qualitativo dei Programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 2014/2018 - Programma P- 1.4).
	5	Adesione al progetto dell'OMS "Save Lives Clean your hands"	Almeno due monitoraggi effettuati nel corso dell'anno sulle 5 aree identificate dall'OMS come cardine del progetto: Cambiamenti di Sistema; Educazione e Formazione; Valutazione e Feedback; Promemoria sul posto di lavoro; Clima mirato alla sicurezza istituzionale. Evidenza documentale di un piano di azione mirato al miglioramento della situazione iniziale.	Almeno due monitoraggi effettuati nel corso dell'anno sulle 5 aree identificate dall'OMS come cardine del progetto: Cambiamenti di Sistema; Educazione e Formazione; Valutazione e Feedback; Promemoria sul posto di lavoro; Clima mirato alla sicurezza istituzionale. Evidenza documentale di un piano di azione mirato al miglioramento della situazione iniziale.	in continuità con l'obiettivo 2017, utilizzo di strumenti validati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Dimensione dell'Assistenza ospedaliera

Area della Qualità e Governo clinico

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni	
Punti 45	5	Progressivo accreditamento istituzionale del sistema sanitario	Delibera aziendale adottata	almeno 1	deliberazione AS con allegato programma di adeguamento da cui si evinca chiara definizione di priorità, tempi e risorse
	5	Applicazione strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	(N. strutture che compilano SISPA/N. totale di strutture che effettuano attività chirurgica)*100	>0=80%	Il valore è misurato sui flussi informativi trasmessi entro 31 gennaio 2019. DGR 63/24 del 2015

Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR

Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni	
Punti 35	3	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA	Incremento % rispetto al punteggio 2016	>10%	Il punteggio complessivo è calcolato al netto degli indicatori strutturali del livello distrettuale (posti letto in strutture)
	7	Miglioramento degli indicatori PNE	Incremento % rispetto al punteggio 2015	Variazione positiva di almeno il 50% degli indicatori visibili con il "treemap" e critici (sotto la media) per ciascuna delle strutture monitorate con il PNE; mantenimento dei valori medi e superiori alla media	Il Valore dello standard è calcolato sui dati 2017 nell'ambito della valutazione degli obiettivi 2018 del DG
	0	Ulteriore Miglioramento degli indicatori PNE	Incremento % rispetto al punteggio 2016	Variazione positiva di almeno il 50% degli indicatori visibili con il "treemap" e critici (sotto la media) per ciascuna delle strutture monitorate con il PNE; mantenimento dei valori medi e superiori alla media	Il Valore dello standard è calcolato sui dati 2018 nell'ambito della valutazione degli obiettivi 2019 del DG con peso=7
	3	Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati 2017	(N. Audit effettuati/N. Audit richiesti)*100	>0=90%	Le attività di Audit hanno come riferimento l'attività del 2016
	8	Governo liste e tempi di attesa	N. visite o accessi effettuati / n. visite o accessi richiesti	Erogazione dell'80% delle prime visite/accessi di cui alla lista delle 43 prestazioni monitorate entro i tempi massimi regionali, verifica e miglioramento della appropriatezza prima dell'inserimento nella lista di accesso	
	4	Applicazione rete ospedaliera regionale e rete ospedaliera di medicina trasfusionale*	N. piani di attuazione approvati	2 delibere aziendali approvate	Documento del Consiglio regionale n. 16 del 25/10/2017 DGR n. 2/14 del 16/01/2018

* NB: non si applica ad AOUCA. Per AOU CA il punteggio è così ripartito:

4	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA
7	Miglioramento degli indicatori PNE
0	Ulteriore Miglioramento degli indicatori PNE
4	Attuazione degli audit PNE sulla qualità dei dati 2017
10	Governo liste e tempi di attesa

Livello della Sostenibilità economico-finanziaria - AO, AOU

Dimensione della razionalizzazione e contenimento della spesa				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
24	Perseguire i target di risparmio attribuiti	Scostamento tra valore e costi della produzione <= a standard comunicato	< o = Target trasmesso dall'Assessorato*	I riferimenti sono costituiti dalle direttive assessoriali emanate nel corso dell'anno in applicazione alla DGR 63/24 2015 e smi, dall'articolo 1, comma 524 della legge di stabilità 2016 e dal DM 21 giugno 2016
Dimensione della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
4	AOU CA: Policlinico di Monserrato: Realizzazione blocco R	1. Presentazione domande di pagamento per € 2.000.000 2. Stipula contratto con ditta aggiudicataria entro dicembre 2018	L'obiettivo si intende perseguito se tutti i 2 indicatori sono stati rispettati, NON si intende perseguito se anche un solo indicatore non è stato rispettato	FSC 2007 - 2013
	Completamento degli interventi presso il Policlinico Duilio Casula di Monserrato della AOU di Cagliari, finalizzati all'accorpamento di tutti i servizi sanitari e amministrativi attualmente dislocati nel territorio di Cagliari	1. Presentazione domande di pagamento per € 6.000.000		FSC 2007 - 2013
4	AOU SS: Ampliamento del complesso ospedaliero-universitario compreso l'adeguamento funzionale e il collegamento dell'esistente	1. Consegna lavori entro dicembre 2018	L'obiettivo si intende perseguito se tutti i 2 indicatori sono stati rispettati, NON si intende perseguito se anche un solo indicatore non è stato rispettato	FSC 2007 - 2013
	Completamento degli interventi presso il Complesso Ospedaliero della AOU di Sassari, dismissione o riconversione di alcuni stabilimenti, nonché realizzazione di opere strutturali e infrastrutture e di ammodernamento urgente sia edile che delle tecnologie sanitarie, necessarie per la messa a norma e l'accorpamento dell'Ospedale SS. Annunziata al Complesso Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria	1. Indizione gara per la progettazione definitiva entro dicembre 2018		FSC 2007 - 2013
4	AOB: Piastra Tecnologica per l'Emergenza-Urgenza - P.O. S. Michele	1. Indizione gara lavori camere iperbariche entro dicembre 2018 2. Autorizzazioni, verifica e approvazione progettazione definitiva entro dicembre 2018	L'obiettivo si intende perseguito se tutti i 2 indicatori sono stati rispettati, NON si intende perseguito se anche un solo indicatore non è stato rispettato	FSC 2014-20
Dimensione della gestione amministrativo-contabile				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
2	Definizione e corretta quantificazione ammortamenti non sterilizzati	N. (eventuali) provvedimenti aziendali e n. delibera approvata entro il 30 maggio 2018	8 determinazioni + 1 delibera	L'operazione consentirà una corretta quantificazione delle perdite pregresse da ripianare e rappresenta un tassello fondamentale nell'applicazione del D.lgs 118/2011
5	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei Collegi sindacali (non si considera rispetto dell'adempimento la presentazione del progetto di bilancio)**	percentuale di documenti approvati nei termini	100% - l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Per la presentazione del bilancio d'esercizio 2017 il termine è il 30 giugno 2018. I documenti di programmazione regionale (bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, programma degli investimenti etc. possono essere presentati anche con un'unica deliberazione)
4	Presentazione nei termini indicati dall'Assessorato della documentazione richiesta, connessa all'attività della programmazione / rendicontazione economico finanziaria	percentuale di documenti approvati nei termini	100% di documenti richiesti presentati nei termini - l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Ai fini della valutazione del target si terrà conto di tutte le note assessoriali che recano il riferimento agli obiettivi 2018

* Il 100% del punteggio è raggiunto se il valore del risultato è < o = al target; verrà progressivamente ridotto (in proporzione allo scostamento), con limite a zero nel caso in cui lo scostamento sia > o = al 30%.

**L'obiettivo verrà considerato comunque perseguito nel caso in cui il progetto di bilancio sia stato sottoposto all'esame del collegio dei revisori almeno 20 giorni prima della scadenza di cui alla colonna "note e riferimenti esterni"

** Per l'AOU di SS, in considerazione del grave ritardo, l'obiettivo comprende la presentazione del bilancio d'esercizio 2016, corredato del parere del collegio sindacale, entro il 30 aprile 2018. Un ritardo nella presentazione del documento determina il mancato perseguimento dell'obiettivo complessivo (perdita di 5 punti). In caso di mancata espressione del parere da parte del Collegio sindacale l'AOU SS dovrà produrre idonea documentazione ai fini della valutazione del perseguimento dell'obiettivo

Punti 15	Dimensione della gestione delle liste d'attesa				
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
	5	Effettuare le prenotazioni tramite CUP	(N. prestazioni inserite in CUP/N. prestazioni documentate)*100	>0= 70%	Le prestazioni documentate sono rilevate dai flussi informativi correnti
	Dimensione della tempistica e del valore informativo dei dati				
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
	2	Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e degli aborti spontanei (SPO)*	1. (N. modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini/N. modelli totali anno)*100 2. (N. campi compilati modelli D11 e D12/N. campi totali)*100	1. >0=70%; 2. >0=89%	Tempistica trasmissione: entro il mese successivo al trimestre di competenza (come da note prot. N. 5370 del 22/02/2018 e prot. n°5371 del 22/02/2018)
	5	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione*	1. (N. record Flussi A, C, F dell'intero anno 2017 trasmessi entro i termini /N. totale record Flussi A, C, F 2017)*100 2. (N. errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A, C, F dell'intero anno 2017 al termine previsto/N. totale dei record flussi A, C, F anno 2017)*100	1.>0=95%; 2. <0=5%	Le tempistiche sono definite per ciascuna tipologia di flusso (A, C, F) nel disciplinare regionale flussi e si riferiscono all'intera annualità
	Dimensione della informatizzazione aziendale				
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
	3	Diffusione FSE tra i cittadini e nelle Aziende sanitarie	Integrazione dei laboratori pubblici con il FSE (certificati firmati digitalmente e inseriti nel FSE)	100% dei laboratori pubblici	

* Per ciascun obiettivo, il risultato è raggiunto nel caso di ottemperanza ad entrambi i valori di risultato dei due indicatori

Azienda Emergenza e Urgenza della Sardegna

(AREUS)					
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
40	10	formazione Emergenza-urgenza	definizione bando di gara e aggiudicazione del servizio	rispetto del cronoprogramma allegato alla convenzione tra Assessorato a AREUS.	FSE 2014 - 2010
	15	Definizione del primo programma operativo e del modello funzionale dell'Azienda, nonché delle soluzioni organizzative ritenute più idonee per garantire la progressiva estensione delle attività di coordinamento e di gestione del sistema regionale dell'emergenza urgenza	delibera approvata entro il 30 aprile	1	
	15	Attivazione del NUE 112	1 Report delle attività svolte con documentazione dell'effettiva attivazione del NUE 112	1	La mancata stipula dell'accordo quadro non potrà essere imputabile al Direttore Geenrale di AREUS
Area della gestione amministrativo-contabile					
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
40	15	Perseguire il rispetto del budget assegnato	Pareggio di bilancio*	Ricavi-Costi=0	
	15	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione Sardegna dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei Collegi sindacali (non si considera rispetto dell'adempimento la presentazione del progetto di bilancio)**	percentuale di documenti approvati nei termini	100% - l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Per la presentazione del bilancio d'esercizio 2017 il termine è il 30 giugno 2018. I documnti di programmazione regionale (bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, programma degli investimenti etc. possono essere presentati anche con un'unica deliberazione
	10	Presentazione nei termini indicati dall'Assessorato della documentazione richiesta, connessa all'attività della programmazione / rendicontazione economico finanziaria	percentuale di documenti approvati nei termini	100% di documenti richiesti presentati nei termini - l'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini	Ai fini della valutazione del target si terrà conto di tutte le note assessoriali che recano il riferimento agli obiettivi 2018
Area dell'organizzazione aziendale					
	Peso	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore di risultato)	Note e riferimenti esterni
20	20	Definizione dell'assetto organizzativo e gestionale	Delibera di proposta dell'atto aziendale	Entro i termini previsti dalla legge a seguito dell'approvazione delle linee di indirizzo della Giunta regionale	
<p>* Il 100% del punteggio è raggiunto se il valore del risultato è < 0 = al target; verrà progressivamente ridotto (in proporzione allo scostamento), con limite a zero nel caso in cui lo scostamento sia >0= al 1%. Nel caso in cui si optasse per lasciare nell'anno di riferimento la gestione economico-finanziaria all'ATS, l'obiettivo è inteso quale rispetto del budget assegnato.</p> <p>**L'obiettivo verrà considerato comunque perseguito nel caso in cui il progetto di bilancio sia stato sottoposto all'esame del collegio dei revisori almeno 20 giorni prima della scadenza di cui alla colonna "note e riferimenti esterni"</p>					