

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
2015**

Sommario

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI.....	4
Il contesto di riferimento.....	4
Fonte: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPORESBIL1	4
L'organizzazione dell'azienda	5
I risultati raggiunti.....	9
Le criticità e le opportunità	16
OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	16
Albero della performance.....	16
Obiettivi strategici	17
Obiettivi specifici ASL 6.....	23
Obiettivi e piani operativi	24
RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	45
IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	47
Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	47
Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	47

PREMESSA

In ottemperanza al DLGS 27 ottobre 2009, n. 150, il documento "Relazione sulla performance" evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

La relazione sulla performance della ASL 6 si articola nel modo che segue:

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

Il contesto di riferimento

L'organizzazione dell'azienda

I risultati raggiunti

Le criticità e le opportunità

OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Albero della performance

Obiettivi strategici

Obiettivi e piani operativi

RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

Il contesto di riferimento



Medio Campidano (fonte: Istat)	Anno 2015
Abitanti	100.141
Nati	610
Morti	1140
Comuni	28
Distretti sociosanitari	2 (Guspini, Sanluri)
Numero di Famiglie	40.165
Numero di Convivenze	53
Numero medio di componenti per famiglia	2,46

Fonte: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPORESBIL1

L'organizzazione dell'azienda

COSA FACCIAMO - E' compito dell'Azienda promuovere e tutelare la salute, prevenire e curare le malattie, prevenire il disagio sociale correlato alla situazione sanitaria, incentivare tutte le forme di prevenzione atte a tutelare il benessere del singolo e della comunità. All'Azienda Sanitaria di Sanluri compete offrire l'Assistenza Sanitaria agli abitanti del territorio di riferimento rappresentato dalla Provincia del Medio Campidano.

L'azienda riconosce, infatti, la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla salute e al benessere psico-fisico e, perciò, fonda la sua mission su caratteri di efficienza, efficacia, competenza tecnica-professionale, trasparenza, formazione adeguata e buone capacità comunicative e di aggiornamento.

COME OPERIAMO - L'erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria è garantita da un'organizzazione articolata in Dipartimenti, Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici Dipartimentali o Distrettuali (UOSD).

Il finanziamento del SSR è destinato a garantire le risorse necessarie per le attività gestite e erogate direttamente dalle strutture della ASL oltre che per assicurare la quota di prestazioni erogate in mobilità passiva interregionale e infraregionale, che corrisponde per l'anno 2015 a circa il 31.5% della assegnazione lorda annua.

IL PERSONALE PRESENTE AL 31/12/2015

PERSONALE	Dirigenza (N°)	Comparto (N°)
Amministrativo	8	85
Sanitario medico - non medico	212 - 32	350
Professionale	5	1
Tecnico	0	95

LE STRUTTURE AZIENDALI

Servizi in staff	Servizi amministrativi	Servizi sanitari territoriali	Servizi sanitari ospedalieri
Affari generali e legali	Contabilità e bilancio	Igiene e sanità pubblica	Anestesia e rianimazione
Programmazione e controllo	Provveditorato	Igiene alimenti e nutrizione	Chirurgia generale
Sviluppo organizzativo e sistema informativo	Risorse umane	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	Oculistica
	Servizi tecnico logistici	Igiene alimenti origine animale e derivati	Ortopedia e traumatologia
		Igiene allevamenti e	Urologia
			Diagnostica e terapia

<p>Valorizzazione risorse umane, comunicazione, relazioni esterne</p> <p>Servizio professioni sanitarie</p> <p>Servizio socio sanitario</p>		<p>produzioni zootecniche</p> <p>Sanità animale</p> <p>Ambiente e salute</p> <p>Promozione educazione e comunicazione per la salute</p> <p>Servizio dipendenze</p> <p>Centro salute mentale</p> <p>Cure primarie</p> <p>Cure domiciliari, patologie croniche, non autosufficienza</p> <p>Neuropsichiatria infantile</p> <p>Consultori</p> <p>Servizio farmaceutico aziendale</p> <p>Servizio diabetologia e malattie dismetaboliche</p>	<p>endoscopica</p> <p>Ostetricia e ginecologia</p> <p>Cardiologia E utic</p> <p>Medicina generale e lungodegenza</p> <p>Oncologia</p> <p>Neurologia</p> <p>Nefrologia e dialisi</p> <p>Pediatria neonatologia nido</p> <p>Centro trasfusionale</p> <p>Servizio laboratorio analisi</p> <p>Servizio radiologia</p> <p>Farmaceutica</p> <p>Ospedaliera</p> <p>Servizio pronto soccorso e osservazione breve</p>
---	--	---	---

REPARTI ATTIVI NEL PRESIDIO E SERVIZI EROGATI

Anestesia e rianimazione

Chirurgia generale

Oculistica

Ortopedia e traumatologia

Urologia

Diagnostica e terapia endoscopica

Ostetricia e ginecologia

Cardiologia e utic

Medicina generale e lungodegenza

Oncologia

Neurologia

Nefrologia e dialisi

Pediatria neonatologia nido

Centro trasfusionale

Servizio laboratorio analisi

Servizio radiologia

Farmaceutica Ospedaliera

Servizio pronto soccorso e osservazione breve

I SERVIZI ATTIVI NEL TERRITORIO

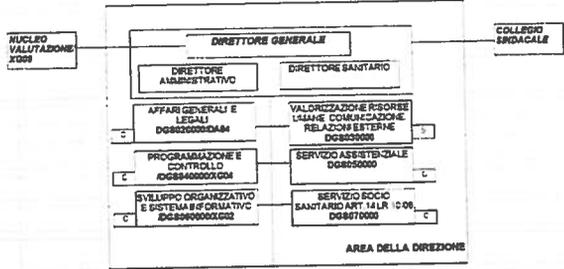
DISTRETTO DI SANLURI	DISTRETTO DI GUSPINI
<ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatori 1 • Centro salute 2 (Serramanna, Lunamatrona) • Ambulatori 12 • Uffici 3 • Strutture accreditate 9 • Punto unico di accesso 1 • Consultori 2 • Case famiglia 1 • Centri di salute mentale 1 • Centri dialisi 1 • Centri di neuropsichiatria infantile 2 • Punti di prelievo 2 • Riabilitazione globale 1 • Servizi della prevenzione 4 • Uffici amministrativi 4 • Uffici Ticket 2 • Ufficio protesi e ausili 1 • Farmacia territoriale 1 • Uffici esenzione 2 • Farmacie e parafarmacie 21 • Guardie mediche 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Ospedali 1 • Reparti - Divisioni - Servizi 10 • Poliambulatori 2 • Casa della Salute Villacidro • Centro della salute Gonnosfanadiga • Ambulatori 28 • Uffici 4 • Strutture accreditate 8 • Punto unico di accesso 1 • Consultori 3 • Case famiglia 1 • Centri di salute mentale 6 • Centri diurni integrati 1 • Centri di neuropsichiatria infantile 1 • Servizi per le dipendenze 2 • Punti di prelievo 6 • Servizi della prevenzione 1 • Uffici amministrativi 7 • Uffici Ticket 4 • Ufficio protesi e ausili 2 • Farmacia territoriale 1 • Uffici esenzione 6 • Farmacie e parafarmacie 16 • Guardie mediche 7 • Guardie turistiche 2
<ul style="list-style-type: none"> • Inoltre: 82 Medici di Assistenza Primaria (MMG) e 10 Pediatri di libera scelta (PLS) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Inoltre: Con decorrenza 01 aprile 2015 è stata attivata la Struttura Residenziale Psichiatrica per gli Adulti per trattamenti a carattere Intensivo (SRPAI) e il suo modulo Residenziale per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), unica struttura regionale gestita dalla Asl 6. 	

L'ORGANIGRAMMA

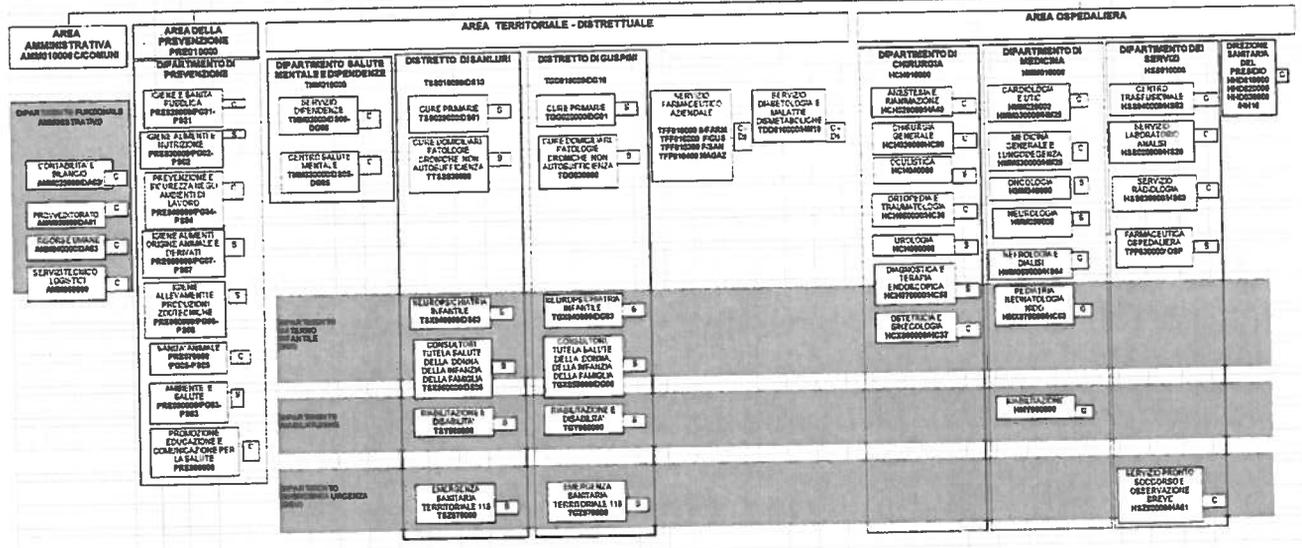


UNITA' SANITARIA LOCALE N° 6 ORGANIGRAMMA AZIENDALE

Il presente organigramma è l'attuale schema organizzativo della ASL n° 6 di Sanluri approvato con delibera n° 820 del 6 Dicembre 2007 revisione conforme alla normativa vigente ed approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n° 80118 del 11 Dicembre 2007.



TIPOLOGIA STRUTTURE	
B	Direzione Impresa o Azienda
C	Struttura Funzionale o Servizio
C - De	Struttura Funzionale o Servizio dipendente da Direzione o Azienda Partner



I risultati raggiunti



I sistemi di misurazione delle performance giocano un ruolo fondamentale nel governo delle aziende sanitarie, soprattutto nella fase della valutazione dei risultati raggiunti. Allo stesso modo l'efficacia dei processi di programmazione e controllo non si basa più solo sulla capacità di guidare adeguatamente il processo decisionale e controllare l'andamento della gestione aziendale ma anche sulla necessità di costruire adeguatamente il sistema degli indicatori.

In sanità è piuttosto difficile giungere ad una standardizzazione del set di indicatori utilizzabili¹. Si è pertanto deciso di presentare i principali indicatori che riescono meglio a descrivere il quadro generale dell'output dell'azienda, suddividendoli in macro aree.

A. Area dell'efficacia / efficienza gestionale

Degenza media	Indica la durata media in giorni di un ricovero nella struttura ospedaliera con riferimento ad un intervallo temporale	$Dm = Gd / Nd$ Dm= degenza media Gd= giornate di degenza dei dimessi Nd= numero totale dei dimessi	6,8
Degenza media trimmata	E' la degenza media di un ricovero, esclusi i casi anomali (outliers) per durata di degenza: ricoveri fuori soglia e con durata inferiore ai due giorni	$Dmt = Gdc / Ndc$ Dmt= degenza media trimmata Gdc= sommatoria delle giornate di degenza dei dimessi esclusi gli outliers ndc= numero totale dei dimessi esclusi gli outliers	6,6
Tasso grezzo di ospedalizzazione	Rapporto tra il numero di dimessi residenti nella Asl 6 e la stessa popolazione residente per 1000 abitanti. Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. <u>Dato calcolato considerando solo la propria produzione</u>	Tasso grezzo di ospedalizzazione = $(Dx / Px) * 1000$ Dx= dimessi residenti ad una certa data Px= popolazione ad una certa data (1° gennaio 2015)	56,0
Tasso di occupazione e posti letto in regime ordinario	Indica il livello (%) di occupazione dei posti letto disponibili con riferimento ad un intervallo temporale (anno) Sono escluse le culle del Nido <i>(fonte ADT-SISAR)</i>	Tasso di occupazione PL = $N \text{ di giornate di degenza DO nel periodo} / N. \text{ di giornate disponibili DO} *$ *pl DO x numero di giorni nel periodo	67,2
Indice di Rotazione Posti Letto	Indica il numero di ricoveri ordinari effettuati sullo stesso posto letto con riferimento ad un intervallo temporale (anno). Sono escluse le culle del Nido	Indice di Rotazione = Numeri di ricoveri nel periodo / numero posti letto	35,8

¹ Bergamaschi M.: (2008), La misurazione della performance nei processi di programmazione e controllo in sanità. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2008, EGEA, Milano.

Area della qualità / appropriatezza

Sistema di classificazione DRG (Diagnosis Related Group) a rischio di inappropriatezza	Ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario	Numero dei dimessi compresi nei 108 DRG a rischio di inappropriatezza erogati in degenza ordinaria/numero dei ricoveri totali	22.5%
--	---	---	-------

Indicatori di qualità dell'ospedale di San Gavino. Anno 2015

Elenco dei primi 5 DRG per reparto erogati in regime ordinario

Reparto	Codice DRG	Descrizione	Totale
Cardiologia	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	140
	127	Insufficienza cardiaca e shock	84
	143	Dolore toracico	81
	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	76
	138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	63
	208	Malattie delle vie biliari senza CC	78
Chirurgia	032	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	71
	183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	37
	207	Malattie delle vie biliari con CC	35
	181	Occlusione gastrointestinale senza CC	34
	395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	119
Medicina	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	88
	316	Insufficienza renale	76
	089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	75
	088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	69
	391	Neonato normale	287
Nido	390	Neonati con altre affezioni significative	128
	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	23
	389	Neonati a termine con affezioni maggiori	15
	388	Prematurità senza affezioni maggiori	7
	225	Interventi sul piede	108
Ortopedia	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	82
	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	79
	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	76
	243	Affezioni mediche del dorso	76
	379	Minaccia di aborto	216
Ostetricia ginecologia	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	203
	371	Parto cesareo senza CC	143
	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	119

	372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	100
Urologia	311	Interventi per via transuretrale senza CC	54
	323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	41
	324	Calcolosi urinaria senza CC	31
	310	Interventi per via transuretrale con CC	26
	318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	24
	Terapia intensiva	542	Tracheostomia con ventilazione meccanica \geq 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore
566		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	8
565		Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita \geq 96 ore	5
023		Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	3
012		Malattie degenerative del sistema nervoso	2

Indicatori di gestione del rischio clinico

Tra gli strumenti per l'identificazione del Rischio troviamo l'Incident Reportin che consiste in una modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato su eventi indesiderati; adottato nell'anno 2013 in alcune strutture pilota dalla stessa asl 6, è stato esteso nell'arco degli anni 2014 e 2015 a tutte le U.O. e Servizi del Presidio Ospedaliero oltre che ad alcune U.O. e Servizi del territorio al fine di rendere proattive le Linee di Indirizzo Regionali per la Governance del Rischio Clinico. L'Azienda attua questo modello di gestione del rischio clinico così da garantire la promozione e la realizzazione di percorsi di prevenzione e gestione dell'errore nonché dell'eventuale ristoro dal danno. Si propone di individuare le aree o i processi a rischio, applicando il metodo FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), consiste in una tecnica sistematica per prevenire problemi sui prodotti o processi prima che essi insorgano attivando attività correttive o di miglioramento.

L'azienda sanitaria ha approvato e attivato la Scheda di Terapia Unica (STU). Nell'ambito di queste attività, dopo aver concluso la fase di sperimentazione, è stata diffusamente utilizzata la STU la quale rappresenta uno strumento di comunicazione interna che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati e consente quindi di far fronte ai problemi di comunicazione (prima causa degli errori in terapia). Studi condotti a livello Internazionale riportano che le cause degli errori in terapia sono multifattoriali e coinvolgono differenti operatori sanitari, ciascuno dei quali interagisce a vari livelli nel processo di gestione del farmaco. Attraverso la STU è possibile avere uno strumento unico ad utilizzo del medico prescrittore e dell'infermiere o altro professionista sanitario, responsabile della corretta somministrazione. La STU è stata introdotta nella documentazione prodotta dalle strutture aziendali e fa parte integrante della cartella clinica.

Negli ultimi cinque anni la ASL 6 ha sviluppato un processo di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie attraverso i percorsi clinico organizzativi e gli audit. Di seguito le principali aree indagate ed implementate dall'azienda nel corso degli anni 2014 e 2015:

- Erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnici, prodotti dietetici
- Rischio cardiovascolare
- Prestazioni extraregione
- Riabilitazione Globale;
- Gestione Integrata Diabete;
- Pua/Uvt;
- Assistenza Protesica Integrativa;
- Extra Regione;
- Infezioni Ospedaliere;
- Doppia Diagnosi;
- Corretto Uso Plasma;
- Trauma Cranico;
- Completezza Cartelle Cliniche;
- Appropriatezza Ricoveri;
- Analgesia del Parto;
- Urgenze Emergenze;
- Percorso Nascita;
- Day Surgery;
- Infortunio Sul Lavoro;
- Profilassi Igienico Sanitaria dell'echinococcosi;
- Trasporto Campioni dal Dip. Prevenzione al Laboratorio Analisi;
- Sopralluoghi Inconvenienti Ig. San.Ambientali;
- Screening Mammella;
- Screening Cervice;
- Screening Colon;
- Contestazioni Amm.Ve;
- ADI;
- Cardiovascolare;
- Schizofrenia;
- Percorso Nascita;
- Screening Colon Retto;
- Screening Cervice Uterina;
- Idatidosi;
- Continuità Assistenziale;
- Pua/Uvt;
- Schizofrenia;
- Trauma Cranico;
- Emergenza Urgenza;
- Riabilitazione Globale,
- Assistenza protesica e integrativa;
- Progetto "Partorire con noi a San Gavino" (pacchetto pre-ricovero);
- Protocollo per la prevenzione delle cadute accidentali;
- Procedura CSM Clozapina - allegato al percorso "Schizofrenia";
- Procedura TSO urgenza psichiatrica - allegato al percorso "Schizofrenia";
- Procedura operativa per la effettuazione delle indagini complesse sugli infortuni sul lavoro.;
- Protocollo prevenzione e gestione delle lesioni da pressione";
- BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva).;
- Approvazione e attivazione tavolo di lavoro farmaci LASA;
- ~~Approvazione e attivazione scheda Unica di Terapia;~~
- Comitato aziendale buon uso del sangue;
- Procedura trasferimento del paziente in urgenza.

Rilevazione tempi medi di Attesa

Disponibilità per richieste programmate al 30 Settembre 2015

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	T.A. Ministeriali (giorni)	Prima disponibilità espressa in giorni per richieste programmate
89.7	VISITA CHIRURGICA GENERALE	30	4
89.7	VISITA ENDOCRINOLOGICA	30	2
89.26	VISITA GINECOLOGICA	60	1
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	60	1
87.03	TC DEL CAPO (TOMOGRFIA)	60	31
87.03.1	TC CAPO SENZA E CON CONTR. (TOMOGRFIA)	60	17
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	60	71
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	60	70
87.41	TC DEL TORACE (TOMOGRFIA)	60	31
87.41.1	TC TORACE CON E SENZA CONTRASTO (TOMOGRFIA)	60	17
88.38.1	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	60	31
88.38.5	TC BACINO	60	31
88.71.4	ECOGRAFIA CAPO COLLO	60	106
88.73.1	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	60	79
88.73.2	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE	60	79
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	60	82
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	60	87
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	60	82
88.01.2	TC ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTR.	60	17
88.01.4	TC ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTR.	60	17
88.01.5	TC ADDOME COMPLETO	60	31
88.01.6	TC ADDOME COMPL. CON E SENZA CONTR.	60	16
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	60	84
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	60	84
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	30	77
88.73.5	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI	60	114
89.13	VISITA NEUROLOGICA	60	42
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA ECG	60	16
95.02	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (VISITA OCULISTICA)	30	53
95.41.1	ESAMEAUDIOMETTRICO TONALE	60	72
89.7	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	30	53
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	60	44
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	60	60
89.7	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	30	60
89.7	VISITA UROLOGICA	30	98
89.7	VISITA DERMATOLOGICA	30	49
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	60	18
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	60	18
45.23	COLONSCOP. CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	60	78
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	60	78
45.25	BIOPSIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO	60	78
89.7	VISITA ONCOLOGICA	30	22
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	60	64
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	60	7
89.7	VISITA PNEUMOLOGICA	30	38

Indicatori relativi ai tassi di fuga/attrazione

La recente politica sociosanitaria orientata alla "deospedalizzazione" dell'assistenza e alla territorializzazione delle prestazioni ha determinato anche nell'anno 2015 un'ulteriore diminuzione dei ricoveri. Parallelamente alla costante riduzione dei ricoveri erogati ai residenti nell'ambito della ASL 6, si registra una identica diminuzione della mobilità passiva infraregionale. In coerenza con il

modello Hub & Spoke (il quale parte dal presupposto che per la casistica di determinate malattie e per le situazioni a complessità più elevata siano necessarie competenze rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso ma devono invece essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio) si conferma la maggiore incidenza dei ricoveri erogati in mobilità passiva nelle strutture con alta specialità come le Aziende Ospedaliere (nello specifico A.O. Broutzu e Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari) e i presidi delle ASL a gestione diretta, a fronte di una minore mobilità verso le strutture accreditate. In armonia con la nuova organizzazione della rete ospedaliera regionale, il modello prevede, pertanto, la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in "centri di eccellenza" e l'organizzazione dell'invio a questi "hub" da parte dei centri periferici dei malati che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico.

Si consideri inoltre che la revisione dell'organizzazione dipartimentale unitamente alla nascita di nuove strutture sanitarie e socio sanitarie territoriali consentiranno di riportare a maggior appropriatezza le attività ospedaliere prodotte ed acquistate e permetteranno una più ampia disponibilità nelle specialità offerte con conseguente riduzione della mobilità passiva per le discipline ad alta diffusione e contestuale riduzione degli indici di fuga dei residenti verso altre ASL.

Oggigiorno si aggiunge infine il fatto che la domanda di ricoveri della popolazione della asl 6 non può essere soddisfatta completamente dal presidio a gestione diretta N. S. di Bonaria per l'indisponibilità di alcuni reparti specialistici (es. oculistica, neurologia, pediatria) e si devono altresì ricordare ragioni geografiche legate alla vicinanza e alla forte attrazione che il polo ospedaliero di Cagliari esercita soprattutto nei confronti di alcune aree di confine del territorio aziendale e l'offerta insufficiente di prestazioni alternative al ricovero per carenze di strutture socio sanitarie tipo RSA e di riabilitazione che determinano una domanda talvolta impropria per una struttura per acuti.

L'analisi della mobilità passiva storica ha evidenziato sempre ai primi posti le Malattie del sistema muscolo scheletrico, le Malattie e disturbi mieloproliferativi, le Malattie e disturbi dell'apparato digerente, i Fattori che influenzano lo stato di salute, Malattie e disturbi dell'orecchio del naso della bocca e della gola, e le Malattie dell'apparato cardiocircolatorio. Malattie che rientrano in una casistica complessa e che pertanto rispondono dal punto di vista organizzativo e gestionale al modello innanzi citato spiegando così gli indici di mobilità passiva infraregionale che caratterizzano la asl 6.

D. Area del miglioramento organizzativo

L'impegno per un'informatizzazione diffusa e uniforme della sanità in Sardegna ha portato la ASL 6 a scegliere di utilizzare, come tutte le altre asl della regione, i sistemi informativi resi disponibili con il progetto SISAR.

A tal proposito da segnalare le attività legate alla continua implementazione e sviluppo delle funzionalità dei moduli del SiSar e degli altri sistemi informativi già in utilizzo.

E. Altre aree di risultato

L'azienda risulta adempiente nell'aggiornamento costante del proprio Sito Web nonché della pagina correlata denominata "Amministrazione trasparente".

Flussi Informativi

Il lavoro di implementazione del sistema Sisar con la politica di centralizzazione dei dati aziendali, ha l'obiettivo di sviluppare e migliorare il sistema per rilevare, misurare e sorvegliare lo stato di salute della popolazione, delineare il quadro dei bisogni, della domanda e dei rischi per la salute per la pianificazione e lo sviluppo degli interventi sanitari. L'attività così organizzata risulta indispensabile per supportare la ricerca, il miglioramento continuo della qualità e la programmazione e valutazione sanitaria di medio e di lungo periodo.

L'informatizzazione e centralizzazione è orientata al miglioramento del governo dei flussi informativi per assolvere ai debiti informativi dell'azienda: flussi Ministeriali (NSIS), flussi Regionali prodotti tramite il Sistema Informativo Sanitario Regionale, con l'obiettivo di garantire la qualità e l'attendibilità del dato in entrata e in uscita.

L'obiettivo di un miglioramento del sistema di gestione dei flussi informativi è quello di conoscere meglio l'azienda, il suo territorio e i suoi bisogni, fornire i dati necessari al buon governo dell'amministrazione, somministrare informazioni che consentano di prendere decisioni e orientare le scelte di politica sanitaria e di carattere organizzativo, perfezionare l'ottimizzazione delle risorse impiegate (sia umane che finanziarie), fornire una migliore risposta alle problematiche esistenti con un conseguente miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il sistema dei flussi informativi diviene in tal modo il "nodo" di raccordo tra la domanda, la progettazione, la programmazione, le azioni e l'offerta finale, pertanto è il sistema fondamentale per il governo delle attività nell'ottica dell'efficienza, efficacia e appropriatezza, doverosi obiettivi per la gestione della sanità.

S (Punti di forza)	W (Punti di debolezza)
<p>Capillarità dei servizi territoriali (case della salute, centri salute, poliambulatori, consultori, ospedale)</p>	<p>Obsolescenza della struttura ospedaliera</p> <p>Mobilità passiva cronicizzata in certi settori</p>
O (Opportunità)	T (Minacce)
<p>Rimodulazione della rete Ospedaliera Sarda</p> <p>Programmazione integrata con il territorio - Plus</p> <p>Frequenti progetti di promozione e prevenzione</p> <p>Incremento della popolazione straniera e innalzo del numero delle nascite</p>	<p>Limitate dimensioni aziendali</p> <p>Elevati indici di vecchiaia</p> <p>Basso tasso di crescita della popolazione</p> <p>Situazione socioeconomica problematica</p>

OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

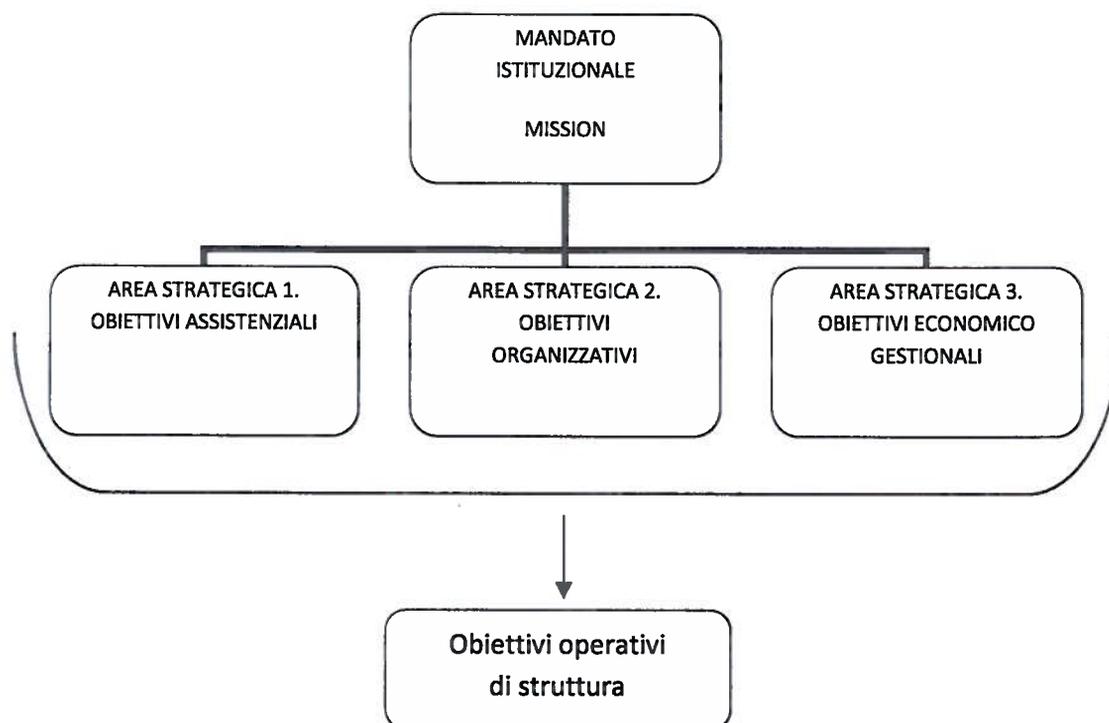
Albero della performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa evidenzia come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Gli stessi obiettivi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

La mappa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolate in aree strategiche, a cui sono associati, laddove sia possibile la loro identificazione, gli outcome attesi.

Tavola 1 - L'Albero della *performance*



Obiettivi strategici

A. Assistenza sanitaria collettiva

Riorganizzare i dipartimenti di prevenzione secondo modelli operativi funzionali al conseguimento degli obiettivi previsti nelle macroaree di programma definite dal nuovo Piano Regionale di Prevenzione.

Il dipartimento di prevenzione ha provveduto a predisporre la proposta di riorganizzazione del dipartimento entro il mese di luglio 2015. Proposta in seguito accolta con delibera del Commissario straordinario n. 597 del 5/10/2015.

B. Assistenza distrettuale

Potenziare l'assistenza sul territorio, nelle sue diverse funzioni – di prevenzione e cura della cronicità e di erogazione dell'assistenza - attraverso il rafforzamento dei Distretti sociosanitari:

- integrazione ospedale e territorio;
- potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate;
- ~~accreditamento del sistema trasfusionale;~~
- riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze; -
- riqualificazione dell'assistenza specialistica, anche attraverso l'avvio delle Case della Salute.

A tal fine nel corso dell'anno 2015, diverse Unità Operative hanno provveduto a progettare adeguati percorsi clinici per la presa in carico del paziente a seguito della dimissione:

UNITA' OPERATIVA	PROGETTO	FINALITA'/OBIETTIVI
CHIRURGIA GENERALE	La dimissione del paziente chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> a) Riduzione del tasso di ospedalizzazione mantenendo inalterata la qualità di cura anche al di fuori dell'Ospedale. b) Predisposizione di un percorso per la presa in carico del paziente alla dimissione.
CHIRURGIA GENERALE	Ambulatorio stomizzati	<ul style="list-style-type: none"> a) Garantire al cittadino portatore di stomia l'omogeneità della risposta assistenziale in tutto il territorio dell'Azienda. b) Deospedalizzare e demedicalizzare la cura dei pazienti; c) Garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali;
CARDIOLOGIA	PDTA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale	Garantire una corretta gestione intra ed extra-ospedaliera per far fronte alla elevata domanda sanitaria e garantire sinergia di azioni multi professionali integrate fra la rete dei servizi territoriali e le strutture ospedaliere
MEDICINA GENERALE	Presa in carico del paziente anziano fragile: modelli assistenziali per la transizione dall'ospedale al territorio	<p>Ridurre la spesa sociosanitaria e ottenere riconoscimento di efficienza al servizio e all'azienda attraverso la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promozione della continuità assistenziale b) Riduzione dei tempi di degenza c) Educazione sanitaria ai pazienti e i loro caregivers d) Riduzione dei reingressi in ospedale

C. Assistenza ospedaliera

Riorganizzare la rete ospedaliera allo scopo di adeguarla alle reali esigenze dei cittadini, garantendo appropriatezza e qualità degli interventi e dei percorsi diagnostico-terapeutici ed evitando inutili duplicazioni.

Organizzazione struttura ospedaliera

Nell'ambito del processo di riforma della sanità regionale l'anno 2015 ha visto il commissariamento delle aziende sanitarie con l'obiettivo di preparare le strutture in vista della nuova organizzazione e della nuova rete ospedaliera. Nel l'unico presidio della ASL di Sanluri per l'anno 2015 gli obiettivi delle U.O. hanno previsto la garanzia dei livelli essenziali di assistenza con il mantenimento dei livelli di attività degli anni precedenti.

Dal punto di vista organizzativo gli obiettivi posti per l'anno 2015 legati alla struttura ospedaliera sono stati:

- il trasferimento del Centro Trasfusionale dal presidio di S. Gavino alla sede del Centro della Salute di Serramanna con l'accreditamento della struttura territoriale;
- l'avvio delle attività per l'accreditamento della Risonanza Magnetica;
- la ristrutturazione dell'U.O. Nefrologia e dialisi.

Le opere di ristrutturazione, l'acquisizione dei nuovi beni, la formazione del personale e il trasferimento delle Unità Operative interessate presso le nuove sedi sono state portate a termine, mentre sono in corso le pratiche per l'accreditamento definitivo.

D. Sistema dell'emergenza-urgenza

Migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dell'attività di pronto soccorso, in coerenza con le funzioni di livello definite nell'ambito della rete ospedaliera regionale, con il processo di razionalizzazione del sistema 118 (centrali operative e rete territoriale), al fine di facilitare l'avvio dell'operatività dell'AREUS.

L'Azienda ha garantito la massima collaborazione con la centrale operativa del 118 al fine di effettuare la ricognizione dell'organizzazione esistente e dettagliare risorse disponibili e costi sostenuti.

E. Governo clinico delle cure e formazione del personale sanitario

Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale sanitario, strumenti fondamentali per il buon funzionamento del sistema sanitario. Le Aziende Sanitarie sono chiamate ad assicurare l'adesione ai programmi regionali di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, di riqualificazione professionale, definiti sulla base di una attenta analisi dell'appropriatezza dell'assistenza e dei fabbisogni formativi degli operatori e in coerenza con le necessità del Sistema Sanitario Regionale.

Nel corso dell'anno 2015 mediante il supporto del Servizio Sviluppo Organizzativo e Sistemi Informativi, l'Azienda ha curato la gestione della Commissione appropriatezza curando e partecipando attivamente allo svolgimento degli audit periodici di verifica sull'applicazione delle procedure/percorsi già definiti, ed agli audit sulle nuove procedure/percorsi.

Si riporta di seguito l'elenco delle principali iniziative intraprese:

UNITA' OPERATIVA	PROCEDURA	SCOPO
Ostetricia e Ginecologia	Distocia di spalla	Implementare modalità omogenee di trattamento, agevolare la condivisione del trattamento
Ostetricia e Ginecologia	Emorragia Post Partum EPP	Implementare modalità omogenee di trattamento. Agevolare la condivisione del trattamento. Ridurre le complicanze gravi (isterectomia)

Ostetricia e Ginecologia	Taglio cesareo presso Sala operatoria Blocco Parto "	regolamentare l'esecuzione del taglio cesareo in urgenza presso la sala operatoria del blocco parto del P.O. di San Gavino
Ostetricia e Ginecologia	Prolasso di Funicolo	Implementare modalità omogenee di trattamento. Agevolare la condivisione del trattamento.
Ostetricia e Ginecologia	Trasferimenti urgenti presso altre strutture	Fornire una procedura univoca di gestione dei trasferimenti delle pazienti presso altre strutture

AUDIT	PARTECIPANTI
Diario della mamma e dell'ostetrica	Ginecologia e Ostetricia- Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Uniformazione delle tecniche d'assistenza al travaglio – parto nella donna che ha frequentato i CAN	Ginecologia e Ostetricia- Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Presa in carico della gravida pressoché al termine della gravidanza della donna che decide di partorire presso il punto nascita della asl 6	Ginecologia e Ostetricia" - Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Procedura per il corretto approvvigionamento ed utilizzo dei dispositivi di protezione individuale	Servizio prevenzione e Protezione
Procedura di sicurezza rischio biologico	Servizio prevenzione e Protezione
Procedura per il corretto utilizzo do gas in bombole	Servizio prevenzione e Protezione
L'appropriatezza farmaceutica	Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
L'appropriatezza dei ricoveri	Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
La corretta realizzazione dei percorsi clinico organizzativi aziendali e la corretta gestione dei rischi di ciascun percorso.	Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Screening colon retto	Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Screening cervice uterina	Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Screening della mammella	Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.	Oncologia - Comitato aziendale incaricato di monitorare l'appropriatezza delle prestazioni
Il paziente con disturbo da uso d'alcol	Serd
Gioco d'azzardo patologico	Serd

F. Sistema Informativo Sanitario

Potenziare il sistema informativo sanitario, allo scopo di favorirne una reale finalizzazione alle esigenze conoscitive e di valutazione dell'Amministrazione Regionale e delle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento:

- ai flussi NSIS ed economico-finanziari;
- al rispetto degli impegni assunti con il MEF relativamente alla de-materializzazione delle ricette, in coerenza con la Delib.G.R. n. 47/6 del 25 novembre 2014 "Programmazione degli interventi relativi alla dematerializzazione della prescrizione medica presso i Medici di Medicina Generali e i Pediatri di Libera Scelta e delle azioni di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico"; - all'avvio o consolidamento dei flussi informativi di assistenza territoriale: ARS, ADI, CDM, Hospice.

Nell'esercizio di riferimento

L'Azienda ha garantito la gestione della "segreteria CUP/SISAR" gestendo e supportando le attività di implementazione dei sistemi SISAR, RICETTA DEMATERIALIZZATA sia sul versante sanitario che amministrativo, curando l'addestramento del personale, soprattutto quello sanitario con opera costante di tutoraggio e supporto nei confronti di tutti i prescrittori (Ospedalieri e Ambulatoriali).

Ha continuato a garantire il monitoraggio e tutoraggio dei Medici di famiglia per quanto riguarda il progetto MEDIR, intervenendo anche presso i loro ambulatori; provvedendo alla distribuzione delle smart card (carta nazionale dei servizi) di identificazione e firma elettronica necessarie affinché potessero accedere al Sistema MEDIR e aderire all'invio elettronico dei certificati di malattia.

Ha curato la gestione del nuovo SIO con continui richiami formativi ed affiancamento.

Ha curato l'implementazione della cartella ambulatoriale unitamente alla formazione del personale, così come avvenuto per gli armadietti farmaceutici, garantendo la costante assistenza di tutti gli specialisti ospedalieri e SUMAISTI.

Ha monitorato le agende informatizzate per la libera professione degli specialisti medici Ospedalieri e territoriali.

Ha curato la regolare trasmissione mensile della produzione ambulatoriale al MEF.

Ha curato la regolare raccolta dati per l'invio dei flussi informativi sia alla Regione che al Ministero.

G. Gestione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie

Definire un piano di rientro dal disavanzo delle Aziende Sanitarie allo scopo di migliorare la capacità dell'intero Sistema di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio. Porre in essere le azioni necessarie per il ~~contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto delle indicazioni poste dall'Assessorato con il supporto~~ del Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie istituito con la Delib.G.R. n. 38/27 del 30/9/2014, al quale è stato affidato l'incarico di verificare l'attuazione delle azioni necessarie per assicurare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali ed economico-

finanziari, di valutare le modalità applicative delle misure nazionali e regionali di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria, di monitorare la qualità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza erogati nelle aziende sanitarie.

A riguardo questa Azienda ha costantemente partecipato agli incontri con il Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie e ha altresì provveduto alla definizione dei piani di rientro dal disavanzo nonché a porre in essere le azioni necessarie per il contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto delle indicazioni poste dall'Assessorato.

L'azienda ha inoltre provveduto al costante monitoraggio dell'andamento dei costi della produzione nel rispetto della qualità e uniformità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

H. Accordo di programma quadro sanità -APQ

Attuare l'APQ Sanità "Interventi per realizzazione, ristrutturazione e ammodernamento strutture sanitarie" così come rimodulati con la delibera CIPE N. 40 del 10 novembre 2014.

Interventi Presidi territoriali (APQ)

I Presidi territoriali interessati dalle operazioni di ristrutturazione e messa a norma sono i seguenti:

DISTRETTO DI GUSPINI

- Ambulatorio di I.P. e G.M. di Gonnosfanadiga
- Ambulatorio di I.P. e G.M. di San Gavino M.le
- Ambulatorio di I.P. e G.M. di Pabillonis
- Centro Salute Mentale San Gavino M.le
- Consultorio e Neuropsichiatria Infantile San Gavino M.le
- Poliambulatorio Guspini
- Poliambulatorio Villacidro

DISTRETTO DI SANLURI

- Ambulatorio di Igiene Pubblica e G.M. di Barumini;
- Lavori di costruzione ambulatorio di igiene pubblica e medicina di base di Gesturi ;
- Lavori di costruzione ambulatorio di igiene pubblica e medicina di base di Pauli Arbarei ;
- Ambulatorio Centro alcologico di Samassi;
- Poliambulatorio di Sanluri;
- Ambulatorio di igiene pubblica e guardia medica di Segariu;
- Ambulatorio di guardia medica e igiene pubblica di Serrenti;
- Costruzione ambulatorio di igiene pubblica e medicina di base di Siddi .

Obiettivi specifici ASL 6

- Attuare i procedimenti amministrativi previsti per la realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino Monreale, nel rispetto del crono-programma già definito.

Realizzazione Nuovo Ospedale di San Gavino M.Le

La RAS con deliberazione n.33/18 del 05/09/2007 finanziò la redazione di uno studio di fattibilità ed il progetto preliminare per la realizzazione del Nuovo ospedale di San Gavino M.le.

Successivamente la Giunta Regionale della Sardegna con propria deliberazione n.21/70 del 03.06.2010 diede mandato alla ASL di Sanluri di provvedere alla ridefinizione delle soluzioni progettuali così determinate, secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità in relazione alle modifiche delle strategie di governo del SSR, che prevedevano l'aggiornamento del progetto preliminare che veniva ridimensionato da 250 posti letto a 200 posti letto.

In data 16/07/2015 è stato validato il progetto preliminare da porre a base di gara approvato poi con delibera n. 478 del 20/07/2015 e con delibera n.479 del 21/07/2015 è stata indetta la gara a procedura aperta per l'affidamento della progettazione esecutiva e dei lavori di realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino M.le.

Con delibera n.780 del 23/12/2015 è stata approvata l'aggiudicazione provvisoria in favore dell'Operatore Economico Inso Sistemi con sede in Firenze.

Da quanto sopra emerge pertanto il rispetto dei termini previsti e assegnati dalla RAS per addivenire alla obbligazione giuridicamente vincolante.

- Realizzare, in stretta collaborazione con l'Assessorato, il piano degli interventi previsti dalle normative nazionali e regionali relativamente alla deospedalizzazione degli assistiti negli ex- OPG.

Attivazione Struttura Residenziale Psichiatrica per gli Adulti per trattamenti a carattere Intensivo (SRPAI), modulo Residenziale per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Tra gli obiettivi dell'anno 2015, in merito a variazioni su strutture concordate con Regione, si segnala in particolar modo l'attivazione della Struttura Residenziale Psichiatrica per gli Adulti per trattamenti a carattere Intensivo (SRPAI) e il suo modulo Residenziale per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Capoterra. La RAS con deliberazione n.9/21 del 10/03/2015 ha approvato il programma regionale per il definitivo superamento delle strutture giudiziarie, mediante la diretta presa in carico dei soggetti interessati da parte del SSR in nuove strutture residenziali psichiatriche

per adulti per trattamenti a carattere intensivo (SPRAI), incaricando questa ASL della presa in carico di detti pazienti e individuando un modulo dello stabile della RSA di Capoterra di proprietà della ASL di Cagliari quale struttura atta ad ospitare la REMS. Si evidenzia che la suddetta struttura, la cui gestione grava totalmente su questa azienda, soddisfa un obiettivo regionale. L'obiettivo ha comportato la gestione diretta da parte della ASL di Sanluri delle attività di ristrutturazione e adeguamento di un modulo della RSA di proprietà della ASL di Cagliari, sita nel comune di Capoterra, l'acquisto degli arredi idonei, la pianificazione della dotazione organica e la gestione dei servizi necessari.

Obiettivi e piani operativi

Di seguito le schede degli obiettivi con la specificazione del risultato raggiunto.

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio Affari Generali	Complessa	Uffici Staff Direzione	Dr. Bernardino Chessa	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Puntuale attivazione adempimenti Piano anti-corruzione - Regolamenti	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Relazione su tutte le cause legali pendenti nell'ultimo decennio affidate ai legali esterni e stima delle spese conseguenti	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Controllo costi della produzione: Dematerializzare delibere e determinare periodo Luglio/Dicembre 2015	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Gestione recupero crediti anni 2011-2012	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio valorizzazione risorse umane -comunicazione	Semplice	Uffici Staff Direzione	Dr. Virgilio Cuccu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Rispetto del Piano della Formazione Aziendale dal punto di vista delle attività programmate	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Monitoraggio attività per la garanzia della norma sulla trasparenza	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Monitoraggio attività Urp	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Awio Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Diffusione agli operatori interessati attraverso la mailing list del materiale informativo-formativo (messo a disposizione dai docenti) relativo ad eventi formativi e informativi interni o esterni all'ASL	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Programmazione e Controllo	Complessa	Uffici Staff Direzione	Dr. Francesco Massa	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Predisporre il piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari che contiene uno specifico progetto di scorporo e di riconversione delle attività svolte nei presidi ospedalieri al fine di individuare quelle da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS (ex L.R. n. 23/2014, art. 9, comma5)	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Governo dei fondi vincolati	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Assicurare completezza e coerenza interna nella compilazione dei flussi NSIS e modelli economici finanziari (Conto Economico, Livelli Assistenza, Conto Patrimoniale)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Monitoraggio corretta imputazione dei costi aziendali sul nuovo Piano dei Conti	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento rendicontazione della contabilità analitica	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio Professioni Sanitarie	Complessa	Uffici Staff Direzione	Dr. Pierpaolo Pateri	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Monitoraggio del Sistema di Incident Reporting a tutti i reparti-servizi del P.O	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Collaborazione nella rilevazione eventi sentinella e eventi quasi sentinella	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento qualità	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Aggiornamento personale	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Sviluppo organizzativo e Sistema informativo	Complessa	Uffici Staff Direzione	Dr. Maurizio Locci	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Avvio e consolidamento dei flussi informativi di assistenza territoriale: ARS, ADI, CDM	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Dematerializzazione della prescrizione medica presso i MMG e PLS	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Azioni di sviluppo del fascicolo sanitario elettronico	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Consolidare il flusso EMUR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio organizzazione attività ambulatoriale gestita con il CUP-WEB	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Garantire l'affiancamento per gli Audit clinici	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio Contabilità e Bilancio	Complessa	Dipartimento Amm.vo	Dr. Gianpaolo Aroffu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Rispetto tempistica pagamento fatture a decorrere dalla data di ingresso	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Garantire gli adempimenti per la certificazione del bilancio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Condivisione flussi fondi vincolati		10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Provveditorato	Complessa	Dipartimento Amm.vo	Dr.ssa Gabriella Mallica	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Realizzazione gare Regionali (Vaccini Diversi e Antinfluenzali; Ossigenoterapia domiciliare)	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	35	0	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Realizzazione gare programmate		20	20	
Totale Punteggio		100	65	
Punteggio Integrativo OIV			6	
Totale Complessivo Valutazione			71	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Risorse umane	Complessa	Dipartimento Amm.vo		
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire le "Progressioni orizzontali"	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Garantire le liquidazioni di risultato	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Gestione concorsi e selezioni	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Garantire la formazione del personale sul modulo HR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento delle informazioni sulla gestione del personale	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Tecnico logistico	Complessa	Dipartimento Amm.vo	Dr. ssa Guglielmina Ortu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire gli adempimenti finalizzati alla trasparenza	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Attuare, nel rispetto del crono-programma definito, i procedimenti amministrativi previsti per la realizzazione del nuovo Ospedale di San Gavino Monreale e i 17 (diciassette) interventi territoriali	Coerenti con gli obiettivi	35	35	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Avvio della Rems	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Direzione Sanitaria P.O.	Complessa	Ospedaliera	Dr.ssa Maria Annunziata Baldussi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Verificare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in conformità alla griglia di indicatori definita dall'Assessorato	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Verificare la qualità dell'assistenza in conformità agli indicatori del Piano Nazionale Esiti	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento delle condizioni igienico sanitarie - attuazione delle procedure di controllo/verifica delle condizioni igienico sanitarie degli ambienti ospedalieri	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Riorganizzazione dell'utilizzo delle S.O.	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Anestesia e Rianimazione	Complessa	Dipartimento Chirurgia	Dr. ssa Giovanna Cabizzosu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento della qualità del percorso nascita in relazione alla promozione dell'analgesia del parto	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Garanzia delle attività per la preospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Chirurgia Generale	Complessa	Dipartimento Chirurgia	Dr. Raffaele Sechi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento dell'appropriatezza di risposta assistenziale; aumento quota DS dei ricoveri a rischio di inappropriatezza	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Integrazione ospedale territorio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Ortopedia e Traumatologia	Complessa	Dipartimento Chirurgia	Dr. Giulio Sorrentino	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
N casi eleggibili trattati entro 48 ore / N casi totali *100	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Produzione della documentazione con l'individuazione dei criteri di eleggibilità	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Progetto di individuazione delle attività ospedaliere che possono essere erogate sul territorio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Percentuale delle SDO chiuse entro il mese successivo a quello di dimissione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Gestione dell'attività ambulatoriale con il modulo ambulatoriale SISAR (Referto informatizzato, Prenotazione visite di controllo dei pazienti in carico) e di degenza con il modulo ADT (dimissione informatizzata Sisar)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
(costi 2015 - costi 2014) / costi 2014 *100	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Progettazione di un percorso clinico assistenziale per la presa in carico del paziente dimesso al domicilio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Urologia	Semplice	Dipartimento Chirurgia	Dr. Eugenio Mereu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Integrazione ospedale territorio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Sviluppo della Chirurgia in laparoscopia	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Diagnostica e Terapia Endoscopica	Semplice	Dipartimento Chirurgia	Dr. Stefano Sanna	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento della qualità	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo liste d'attesa per le prestazioni di endoscopia (colonscopia)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: gestione moduli SISAR	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Garanzia delle attività per lo screening del colon retto	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Ostetricia e Ginecologia	Complessa	Dipartimento Chirurgia	Dr. Carlo Tomasi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Evitare i ricoveri ripetuti in ginecologia (è esclusa l'ostetricia)	Non Coerenti con gli obiettivi	10	0	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della qualità del percorso nascita	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	90	
Punteggio integrativo OIV			5	
Totale Complessivo Valutazione			95	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Cardiologia e Utic	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr. Gianfranco Ibbia	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Integrazione ospedale territorio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Medicina Generale	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr. Mariano Salvatore Usai	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Riduzione dei DH medici con finalità diagnostica	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	5	5	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Integrazione ospedale territorio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Oncologia	Semplice	Dipartimento Medicina	Dr. ssa Giulia Gramignano	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento continuo della qualità del servizio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Implementazione raccomandazione 14 del Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Nefrologia e Dialisi	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr.ssa M.Cristina Mereu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento della qualità delle prestazioni	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Customer Satisfaction	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Nido	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr. ssa Ofelia Limongelli	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Diagnosi precoce della sepsi neonatale da SGB (early-onset) nei nati a rischio, con conseguente riduzione di morbidità, mortalità e trasferimenti inappropriati dei medesimi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Diffusione della informazione sul prelievo del sangue da cordone ombelicale (SCO)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: adeguamento ai criteri del "Disciplinare Tecnico Flussi Informativi" edizione 2014 e gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento della qualità del percorso nascita	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Laboratorio Analisi	Complessa	Dipartimento Servizi	Dr. Francesco Ronchi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle diagnostiche di laboratorio del Presidio Ospedaliero	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento continuo attraverso l'impostazione e certificazione del Sistema gestionale di Qualità (SGQ)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
		15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Radiologia	Complessa	Dipartimento Servizi	Dr. Umberto Scarinci	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Ampliamento dell'offerta (RMN) per il recupero della mobilità passiva	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Territorializzazione del servizio - Governo centralizzato delle attività radiologiche al fine del mantenimento delle ore di apertura del servizio Rx all'utente in tutte le sedi aziendali	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento continuo della qualità del servizio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Centro Trasfusionale	Complessa	Dipartimento Servizi	Dr.ssa Mariella Canavero	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Appropriatezza dell'uso del sangue	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Accreditamento struttura di Serramanna e dei Punti di raccolta periferici	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento continuo della qualità del servizio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Pronto Soccorso	Complessa	Dipartimento Servizi	Dr.ssa M. Annunziata Baldussi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Consolidare il flusso EMUR	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Analisi del sistema emergenza urgenza operativo nell'ambito del medio campidano	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Integrazione ospedale territorio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Farmacia Ospedaliera	Semplice	Dipartimento Servizi	Dr.ssa M. Silvia Boi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Proposta di territorializzazione delle attività gestite presso il P.O.	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Rispetto tempi di invio fattura al Servizio Bilancio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Aggiornamento prontuario farmaceutico aziendale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Dipartimento Prevenzione	Complessa	Dip. Prevenzione	Dr. ssa Pierina Manca	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio previsto	Punteggio assegnato	Note
Proposta di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione secondo modelli operativi funzionali al conseguimento degli obiettivi previsti nelle macroaree di programma definite dal nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Coerenti con gli obiettivi	100	100	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Igiene Sanità Pubblica	Complessa	Dip. Prevenzione	Dr. Antonello Fraiis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio previsto	Punteggio assegnato	Note
Garantire la copertura vaccinale anti influenzale nell'anziano	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Garantire l'avanzamento degli screening oncologici secondo i nuovi PRP (Piano Regionale di Prevenzione)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione nell'ambito delle attività della Commissione Invaldi Civili	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Garantire l'attuazione del sistema di sorveglianza PASSI	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Igiene degli alimenti	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Iginio Pintor	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento della qualità: applicazione procedura ispezione aziende agricole	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Categorizzazione del rischio delle comunità alloggio presenti nell'ambito della ASL	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro	Complessa	Dip. Prevenzione	Dr.ssa Pierina Manca	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garantire l'attività di controllo della sorveglianza sanitaria nelle aziende del comparto edile	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Attuare il controllo nelle aziende agricole assegnate, anche in forma congiunta con il SIAN e il servizi Igiene degli allevamenti e/o Sanità animale	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Realizzare una iniziativa formativa-informativa, rivolta ai medici (Medicina Generale, medici competenti, specialisti) sulle malattie professionali	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Sanità Animale	Complessa	Dip. Prevenzione	Dr. Enrico Vacca	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Lotta alla peste suina africana (PSA)	Coerenti con gli obiettivi	35	35	
Predisporre e attuare un programma di vaccinazione per la blue tongue da concludersi entro il termine previsto dalla regione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Banca Dati Nazionale anagrafe zootecnica del Ministero della Sanlute (BDN): costante aggiornamento dei dati richiesti ai fini della rintracciabilità degli animali destinati alla produzione di alimenti - verifica e registrazione delle consistenze degli allevamenti ovini, caprini e suini presenti nel territorio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Controllare le aziende bovine e ovi-caprine presenti nel territorio di competenza della ASL al fine di mantenere qualifiche di territori Ufficialmente Indenni (U.I.) da Tubercolosi, Brucellosi bovina e bufalina, Brucellosi ovi-caprina e Leucosi bovina enzootica	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Garantire gli adempimenti relativi alla anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio Promozione educaz. e Comunic. Salute	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Mariano Contu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Coordinamento progetti di promozione, educazione e comunicazione per la salute all'interno del Dipartimento di Prevenzione PROPOSTA: coordinamento delle azioni di progetto di nuova programmazione	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Diffusione progetti di promozione, educazione e comunicazione per la salute	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento attività di servizio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Progettazione specifica per la prevenzione malattie croniche e nuovi stili di vita	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio Ambiente e Salute	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Giancarlo Marras	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento della qualità: applicazione procedura ispezione aziende agricole	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento delle attività del servizio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Monitoraggio propedeutico rischio legionella case di riposo. Valutazione del rischio secondo il programma prelievi	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Categorizzazione del rischio delle aziende presenti nell'ambito della ASL	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura		Responsabile
Salute Mentale	Complessa	Dipartimento MSD		Dr. Alessandro Coni
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Realizzare, in stretta collaborazione con l'Assessorato, il piano degli interventi previsti dalle normative nazionali e regionali relativamente alla deospedalizzazione degli assistiti negli ex OPG	Coerenti con gli obiettivi	35	35	
Attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di contrasto allo stigma sulla malattia mentale con la partecipazione di associazioni di volontariato e della cittadinanza attiva	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura		Responsabile
Servizio Dipendenze	Complessa	Dipartimento MSD		Dr. Angelo Fois
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento delle azioni di prevenzione e cura di due tipologie di dipendenze statisticamente sempre più diffuse	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Partecipazione del Centro antifumo al progetto aziendale BPCO	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Miglioramento azioni di prevenzione delle dipendenze	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Distretto Sanluri	Complessa	Distrettuale	Dr. ssa Annaclara Melis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Predisporre uno specifico progetto di scorporo e di riconversione delle attività svolte nei presidi ospedalieri al fine di individuare quelle da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS (ex L.R. n. 23/2014, art. 9, comma5)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Garanzia delle cure domiciliari	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Analisi dell'appropriatezza delle Cure domiciliari	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Distretto Guspini	Complessa	Distrettuale	Dr. Aldo Casadio	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Predisporre uno specifico progetto di scorporo e di riconversione delle attività svolte nei presidi ospedalieri al fine di individuare quelle da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS (ex L.R. n. 23/2014, art. 9, comma5)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Garanzia delle cure domiciliari	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Analisi dell'appropriatezza delle Cure domiciliari	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Servizio Diabetologia	Complessa	Territoriale	Dr. Vincenzo Sica	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Riduzione della degenza massima dei pazienti diabetici	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Riduzione del tasso di ospedalizzazione e integrazione Ospedale-territorio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento informatizzazione dell'attività: gestione moduli SISAR	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Elaborazione di un percorso per la gestione delle attività relative alla prevenzione diagnosi e cura delle patologie tiroidee	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura		Responsabile
Servizio Assistenza Farmaceutica	Complessa	Territoriale		Dr. Giuseppe Contu
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Studio di fattibilità per la realizzazione di una gestione centralizzata dei beni farmaceutici	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Rispetto tempi di invio fattura al Servizio Bilancio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo andamento dei costi della produzione: Predisposizione e attuazione di programmi di azioni finalizzate al contenimento dei costi complessivi di produzione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Aggiornamento prontuario farmaceutico aziendale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio Integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Dipartimento Amministrativo	Complessa	Dip. Amministrativo	Dr. ssa Gugliemina Ortu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio previsto	Punteggio assegnato	Note
Formulazione di proposte alla Direzione Aziendale per la razionalizzazione delle risorse professionali e tecnologiche interne al Dipartimento	Coerenti con gli obiettivi	45	45	
Attività di supporto alla Direzione Aziendale nella riorganizzazione di funzioni amministrative comuni del Dipartimento	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Elenco Responsabili Firmatari Budget 2015

	Tipo Str.	Denominazione Struttura	Responsabile	Performance raggiunta
Staff Direzione	SC	RESPONSABILE AFFARI GENERALI E LEGALI	Dr. BERNARDINO CHESSA	100
	SS	RESPONSABILE VALOR. R.U. COMUNICAZIONE	Dr. VIRGILIO CUCCU	100
	SC	RESPONSABILE PROGRAMMAZ. E CONTROLLO	Dr. FRANCESCO MASSA	100
	SC	RESPONSABILE SERVIZIO ASSISTENZIALE	Dr. PIERPAOLO PATERI	100
	SC	RESPONSABILE SVILUPPO ORG. SIST. INFORMAT.	Dr. MAURIZIO LOCCI	100
Dipartimento Amministrativo		DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Dr. ssa GUGLIELMINA ORTU	100
	SC	RESPONSABILE CONTABILITA' E BILANCIO	Dr. GIAMPAOLO AROFFU	100
	SC	RESPONSABILE PROVVEDITORATO	Dr.ssa MARIA GABRIELLA MALLICA	71
	SC	RESPONSABILE RISORSE UMANE		100
	SC	RESPONSABILE TECNICO LOGISTICO	Dr. ssa GUGLIELMINA ORTU	100
Direz. Sanit. P.O.	SC	RESPONSABILE DIREZIONE SANITARIA	Dr. ssa MARIA ANNUNZIATA BALDUSSI	100
Dipartimento Chirurgia	SC	RESPONSABILE ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Dr. ssa GIOVANNA CABISSOSU	100
	SC	RESPONSABILE CHIRURGIA	Dr. RAFFAELE SECHI	100
	SC	RESPONSABILE ORTOPEDIA	Dr. GIULIO SORRENTINO	100
	SS	RESPONSABILE UROLOGIA	Dr. EUGENIO MEREU	100
	SS	RESPONSABILE ENDOSCOPIA	Dr. STEFANO SANNA	100
	SC	RESPONSABILE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dr. CARLO TOMASI	95
Dipartimento Medicina	SC	RESPONSABILE CARDIOLOGIA E UTIC	Dr. GIANFRANCO IBBA	100
	SC	RESPONSABILE UTIC E MEDICINA GENERALE	Dr. MARIANO SALVATORE USAI	100
	SS	RESPONSABILE ONCOLOGIA	Dr. ssa GIULIA GRAMIGNANO	100
	SC	RESPONSABILE NEFROLOGIA E DIALISI	Dr.ssa CRISTINA MEREU	100
	SC	RESPONSABILE PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	Dr. ssa OFELIA LIMONGELLI	100
Dipartimento Servizi	SC	RESPONSABILE LABORATORIO ANALISI	Dr. FRANCESCO RONCHI	100
	SC	RESPONSABILE RADIOLOGIA	Dr. UMBERTO SCARINCI	100
	SC	RESPONSABILE CENTRO TRASFUSIONALE	Dr.ssa MARIELLA CANAVERO	100
	SC	RESPONSABILE PRONTO SOCCORSO - 118	Dr.ssa M. ANNUNZIATA BALDUSSI	100
	SS	RESPONSABILE FARMACIA OSPEDALIERA	Dr.ssa MARIA SILVIA BOI	100
Dipartimento Salute Mentale	SC	RESPONSABILE SALUTE MENTALE	Dr. ALESSANDRO CONI	100
	SC	RESPONSABILE SERD	Dr. ANGELO FOIS	100
Dipartimento Prevenzione		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Dr. ssa PIERINA MANCA	100
	SC	RESPONSABILE SERVIZIO IGIENE PUBBLICA	Dr. ANTONELLO FRAILIS	100
	SS	RESPONSABILE SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIM.	Dr. IGINO PINTOR	100
	SC	RESPONSABILE PREV. SIC. AMB. LAVORO	Dr.ssa PIERINA MANCA	100
	SC	RESPONSABILE SERVIZIO SANTA' ANIMALE	Dr. ENRICO VACCA	100
	SC	RESPONSABILE SERVIZIO PROM. OZ. EDUC. SALUTE	Dr. MARIANO CONTU	100
	SS	RESPONSABILE SERVIZIO AMBIENTE E SALUTE	Dr. GIANCARLO MARRAS	100
Distretto Guspini	SC	RESPONSABILE DISTRETTO	Dr. ALDO CASADIO	100
Distretto Sanluri	SC	RESPONSABILE DISTRETTO	Dr.ssa ANNA CLARA MELIS	100
Diabetologia	SC	RESPONSABILE SERVIZIO DIABETOLOGIA	Dr. VINCENZO SICA	100
Farmaceutica	SC	RESPONSABILE SERVIZIO FARMACEUTICA	Dr. GIUSEPPE CONTU	100

RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

La DGR n. 1 /14 del 13/1/2015 prevedeva macro obiettivi relativi alla gestione economico finanziaria delle Aziende sanitarie :

-obiettivi comuni alle Aziende sanitarie suddivisi per :

Obiettivi generali – “definire un piano di rientro del disavanzo delle Aziende sanitarie allo scopo di migliorare le capacità dell’intero sistema di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio in coerenza con l’attuale fase di risanamento della finanza pubblica regionale”;

Obbiettivi specifici - a) “avviare la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche , amministrative e di supporto, finalizzate a forti e progressive forme di aggregazione , nel rispetto delle direttive e linee di indirizzo fornite dalla Giunta regionale; b) controllare l’andamento dei costi della produzione a livello complessivo, anche attraverso la predisposizione e l’attuazione di un programma strutturato di azioni di rientro, validato dal Comitato di cui alla DGR n. 38/27 del 30/9/2014; c) monitorare la qualità e uniformità nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza erogati.

Obbiettivi specifici per le aziende sanitarie: “definire i rapporti attivi e passivi dei presidi ospedalieri di cui all’art. 9, comma1, lett.b) e c) della Legge Regionale n. 23/2014 facenti capo alle recedenti aziende e predisposizione dei necessari documenti contabili, secondo il nuovo assetto delle Asl, per la successione delle aziende ospedaliere.

Con riferimento agli obiettivi comuni alle aziende sanitarie, relativi alla predisposizione di un piano di rientro del disavanzo, l’Azienda sanitaria ha costantemente effettuato il monitoraggio dell’andamento della gestione con il confronto periodico col Comitato permanente, e ha altresì progettato, sulla base delle indicazioni dell’assessorato, le azioni di attuazione del piano di rientro.

Con riguardo agli obiettivi specifici, questa Azienda ha costantemente monitorizzato l’andamento dei costi della produzione nel rispetto della qualità e uniformità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

L’analisi e il confronto dei modelli CE per l’anno 2015 consente di accertare si rileva che i principali scostamenti rispetto ai valori dell’anno 2014 derivano dal decremento del contributo in conto esercizio assegnato per l’anno 2015.

Nel 2015 la Asl 6 ha chiuso il Bilancio con una perdita di €. 6.274.954. Tale risultato è legato da un’insieme di cause tra cui la più significativa è rappresentata da una minore assegnazione di risorse.

Il costo della produzione ha subito, rispetto al 2014 un lieve decremento attestandosi intorno a - 1,77% . Infatti nel 2015 il costo della produzione ammonta ad €. 138.448.097, mentre nel 2014 era pari ad €. 140.947.217.

IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Fasi, soggetti, tempi e responsabilità



Nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa (1) e individuale (2) sono intervenuti:

- a) l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) l'organo di indirizzo politico amministrativo;
- d) i dirigenti di ciascuna amministrazione.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Servizio Programmazione e Controllo, ha predisposto lo schema di Relazione (3). L'Organismo Indipendente di Valutazione, ai sensi dell'art. 14 comma 4, lettera c), d.lgs. n. 150/2009 la valida (4) e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale.

Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Negli ultimi anni la Asl di Sanluri ha investito energie e risorse, sul sistema di valutazione della performance. Il ciclo è informatizzato e applicato in maniera univoca da tutti i responsabili attraverso strumenti standardizzati e validi a livello aziendale.

Lo strumento ha positivamente agito come leva organizzativa che punta alla valorizzazione e alla crescita professionale del personale anche in ottica di miglioramento della performance.

Date queste premesse, l'azienda intende proseguire e migliorare la strada intrapresa con l'obiettivo di una piena implementazione formale e sostanziale del ciclo di gestione della performance in modo che diventi poi parte della sua cultura gestionale.

Swot ciclo performance

S (Punti di forza)	W (Punti di debolezza)
Sintesi e chiarezza degli strumenti adottati	Tempistiche
O (Opportunità)	T (Minacce)
Valorizzazione e crescita professionale del personale	Qualche ostacolo nella fase della negoziazione
Miglioramento della cultura gestionale dell'intero sistema	

