



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2014

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	17
OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	18
Albero della performance.....	18
Obiettivi strategici	19
Obiettivi e piani operativi	20
RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....	47
IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	48
Fasi, soggetti, tempi e responsabilità.....	48
Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	49

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 2014
Abitanti	100.676
Nati	607
Morti	999
Comuni	28
Distretti sociosanitari	2 (Guspini, Sanluri)
Numero di Famiglie	39.954
Numero di Convivenze	48
Numero medio di componenti per famiglia	2,5

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 2014 a circa il 21% della assegnazione lorda annua.

IL PERSONALE PRESENTE AL 31/12/2014

PERSONALE	Dirigenza (N°)	Comparto (N°)
Amministrativo	8	89
Sanitario medico - non medico	213	332
Professionale	4	1
Tecnico	1	92

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	Risorse umane	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	Oculistica
	Servizi tecnico	Igiene alimenti origine	Ortopedia e traumatologia

<p>informativo</p> <p>Valorizzazione risorse umane, comunicazione, relazioni esterne</p> <p>Servizio professioni sanitarie</p> <p>Servizio socio sanitario</p>	<p>logistici</p>	<p>animale e derivati</p> <p>Igiene allevamenti e 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>Urologia</p> <p>Diagnostica e terapia 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

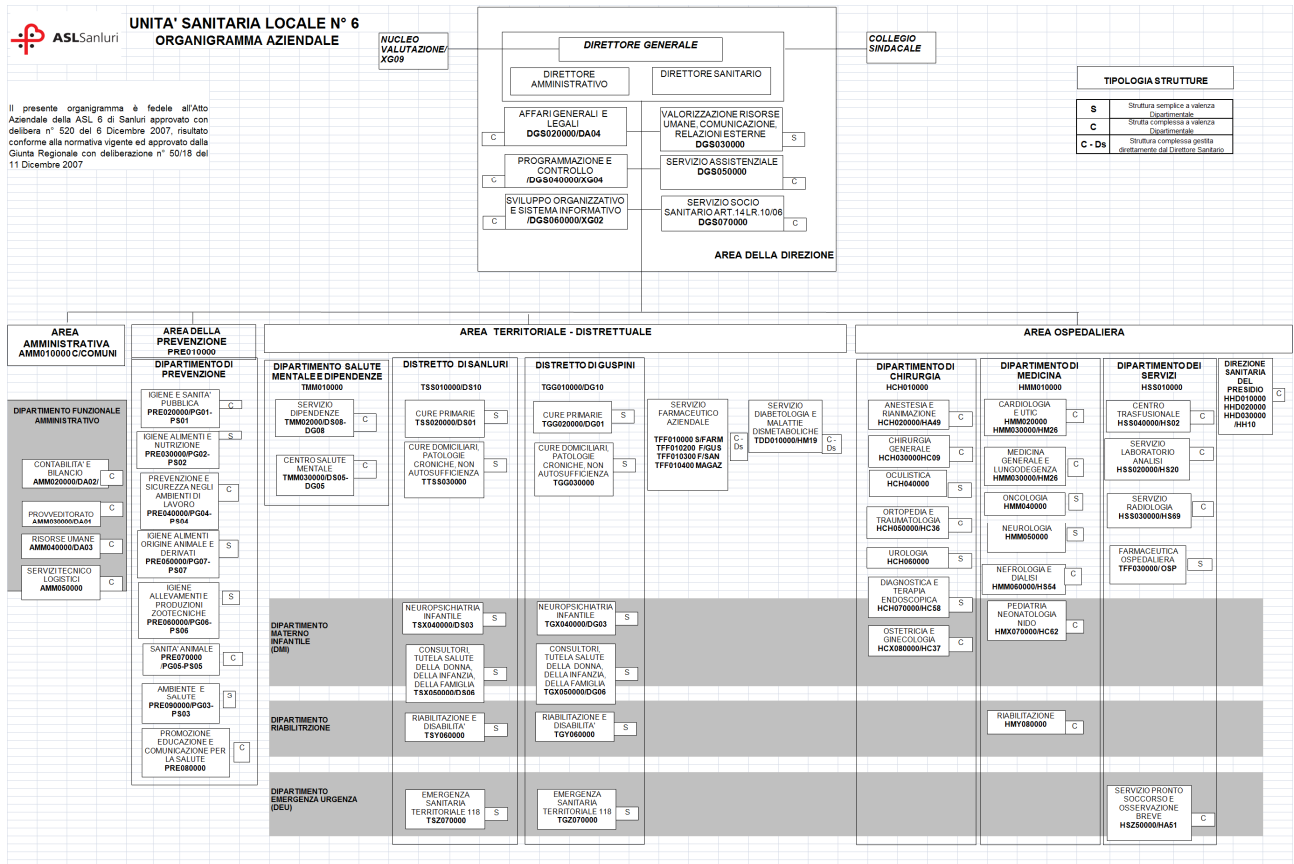
Servizio radiologia
Farmaceutica Ospedaliera
Servizio pronto soccorso e osservazione breve



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: 91 Medici di Assistenza Primaria (MMG) e 10 Pediatri di libera scelta (PLS) 	

L'ORGANIGRAMMA



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	6,4
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 2104)	55,1
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	70,7
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	34,7

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.

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 compresi nei 108 DRG a rischio di inappropriatezza	61,2%
---	---	--	-------

Indicatori di qualità dell'ospedale di San Gavino. Anno 2014

Elenco dei primi 5 DRG chirurgici per reparto Dipartimento di Chirurgia				
Reparto	Codice DRG	DESCRIZIONE	N. interventi	n. totale. DRG chirurgici
Chirurgia	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta' > 17 anni senza CC	91	1954
	158	Interventi su ano e stoma senza CC	48	
	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	37	
	315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	36	
	194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	34	
Ortopedia	225	Interventi sul piede	99	
	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	93	
	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta' > 17 anni senza CC	69	
	210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, eta' > 17 anni con CC	67	
	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, eta' > 17 anni senza CC	66	
Ostetricia e Ginecologia	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	226	
	371	Parto cesareo senza CC	167	
	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	132	
	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	50	
	370	Parto cesareo con CC	18	
Urologia	310	Interventi per via transuretrale con CC	51	
	311	Interventi per via transuretrale senza CC	43	
	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta' > 17 anni	20	
	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	13	
	342	Circoncisione, eta' > 17 anni	13	

Terapia intensiva	542	Tracheo. con Vent. Mecc.>= 96H o Diagn. Princ.non relativa a Faccia Bocca Collo senza Int. Chir. Maggiore	7
	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	2
	075	Interventi maggiori sul torace	1
	076	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	1
	468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	1

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; già adottato nell'anno 2013 e avviato in diverse strutture dalla stessa asl 6, è stato esteso nell'arco dell'anno 2014 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 che è 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 dall'azienda nel corso degli anni e implementate nel 2014:

- Erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnici, prodotti dietetici
- Rischio cardiovascolare
- Prestazioni extraregione
- Riabilitazione Globale;
- Gestione Integrata Diabete;
- Pua/Uvt;
- Assistenza Protetica 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;
- Continuita 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.

C. Area del governo della domanda

Rilevazione tempi medi di Attesa
Disponibilità per richieste programmate al 2 giugno 2014

Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	T.A. Ministeriali (giorni)	Prima disponibilità espressa in giorni per richieste programmate
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	60	22
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	60	19
45.23	COLONSCOP. CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	60	51
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	60	48
45.25	BIOPSIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO	60	48
87.03	TC DEL CAPO (TOMOGRAFIA)	60	14
87.03.1	TC CAPO SENZA E CON CONTR. (TOMOGRAFIA)	60	30
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	60	64
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	60	64
87.41	TC DEL TORACE (TOMOGRAFIA)	60	13
87.41.1	TC TORACE CON E SENZA CONTRASTO (TOMOGRAFIA)	60	31
88.01.2	TC ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTR.	60	37
88.01.4	TC ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTR.	60	41
88.01.5	TC ADDOME COMPLETO	60	14
88.01.6	TC ADDOME COMPL. CON E SENZA CONTR.	60	44
88.38.1	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	60	12
88.38.5	TC BACINO	60	13
88.71.4	ECOGRAFIA CAPO COLLO	60	49
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	60	20
88.73.1	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	60	16
88.73.2	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE	60	16
88.73.5	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI	60	38
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	60	42
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	60	53
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	60	49
88.77.2	ECOCOLORDOPPLERGRAF. ARTI SUP. O INF.	60	37
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	60	10
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSADDOMINALE	60	27
89.13	VISITA NEUROLOGICA	60	26
89.26	VISITA - GINECOLOGICA	60	7
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	60	10
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	60	43
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA ECG	60	15
89.7	VISITA - CARDIOLOGIA	30	16
	VISITA - CHIRURGIA	30	7
	VISITA - ENDOCRINOLOGIA	30	109
	VISITA - GASTROENTEROLOGIA	30	78
	VISITA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30	44
	VISITA - OTORINOLARINGOIATRIA	30	23
	VISITA - PNEUMOLOGIA	30	10
	VISITA - UROLOGIA	30	73
	VISITA - DERMATOLOGICA	30	33
VISITA - ONCOLOGICA	30	4	
95.02	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO	30	8
95.09.1	ESAME FUNDUS OCULI	60	19
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	60	22

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 2014 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 le casistiche 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.

Oggi 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 alcune specialità di cura (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.

Si sono concretizzate a tal proposito importanti attività legate a:

- Implementazione dei moduli Accettazione-Dimissione-Trasferimento (ADT) per la gestione dei pazienti ricoverati, e del modulo Pronto Soccorso (PS) per gestire i pazienti che accedono alla struttura di San Gavino in modo coordinato e integrato con la attività della Centrale Operativa del 118;
- Implementazione e potenziamento del sistema finalizzato alla gestione degli screening oncologici (mammella, cervice uterina e colon retto) con collegamento diretto alle farmacie;
- Implementazione della gestione informatizzata degli armadietti farmaceutici e per presidi sanitari nei reparti ospedalieri e nelle sale operatorie del P.O. al fine di governare più correttamente i consumi dei beni sanitari;
- Implementazione capillare del sistema per le prenotazioni con il modulo CUPWEB;
- Sperimentazione e diffusione della gestione delle attività nel blocco operatorio con il modulo informativo SOWEB;
- Implementazione della gestione delle attività ambulatoriali sia in presidio che sul territorio con l'utilizzo del modulo ambulatoriale che consente anche la gestione delle liste per i ricoveri programmati;
- Passaggio alla gestione con i moduli SISAR delle attività informatizzate del Punto Unico di Accesso e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (modulo PUA e ADI);
- Collaborazione nella predisposizione del modulo protesica al fine dell'imminente sperimentazione per una più puntuale gestione delle risorse fornite dalla asl ai propri utenti;
- Grazie ad un accordo tra la Regione Sardegna e le Poste Italiane nell'anno 2014 è stata sviluppata la modalità di pagamento del ticket della prestazione sanitaria negli Uffici postali presso lo Sportello Amico e anche on line.
- Inoltre sempre nel 2013 grazie a un accordo sottoscritto tra l'ASL di Sanluri e Poste Italiane, è partito nel presidio Ospedaliero "Nostra Signora di Bonaria" di San Gavino e in contemporanea nel Poliambulatorio di Sanluri un progetto pilota che prevede la presenza nelle strutture sanitarie di un Postino Telematico dotato di palmare, stampante e pos. Utilizzando le carte Postamat e Postepay e le carte di debito del circuito Maestro, pazienti e familiari possono: pagare i bollettini a importo premarcato (896), variabile (674) e di carattere generico (123), ovvero quelli in bianco; ricaricare le carte Postepay e le SIM Postemobile, Tim e Tre; acquistare carnet, buste ed involucri preaffrancati che potranno utilizzare per effettuare le spedizioni fino a 2 kg attraverso il Postino Telematico. Inoltre, possono attivare i servizi di consegna personalizzata della corrispondenza quali: Seguimi, Aspettami e Dimmi quando per privati e acquistare prodotti dal catalogo Poste Shop".

E. Altre aree di risultato

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

La stessa asl ha elaborato regolarmente il periodico aziendale di informazione e comunicazione a misura di cittadino "**ASL6NOTIZIE**". Il giornale fornisce informazioni sui servizi offerti e sulle attività che la Asl di Sanluri promuove per la salute e il benessere dei cittadini del Medio Campidano. Le copie gratuite sono in distribuzione in ospedale, nei poliambulatori e ambulatori dell'azienda sanitaria.

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.

Le criticità e le opportunità

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> <p>Carente integrazione ospedale territorio</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

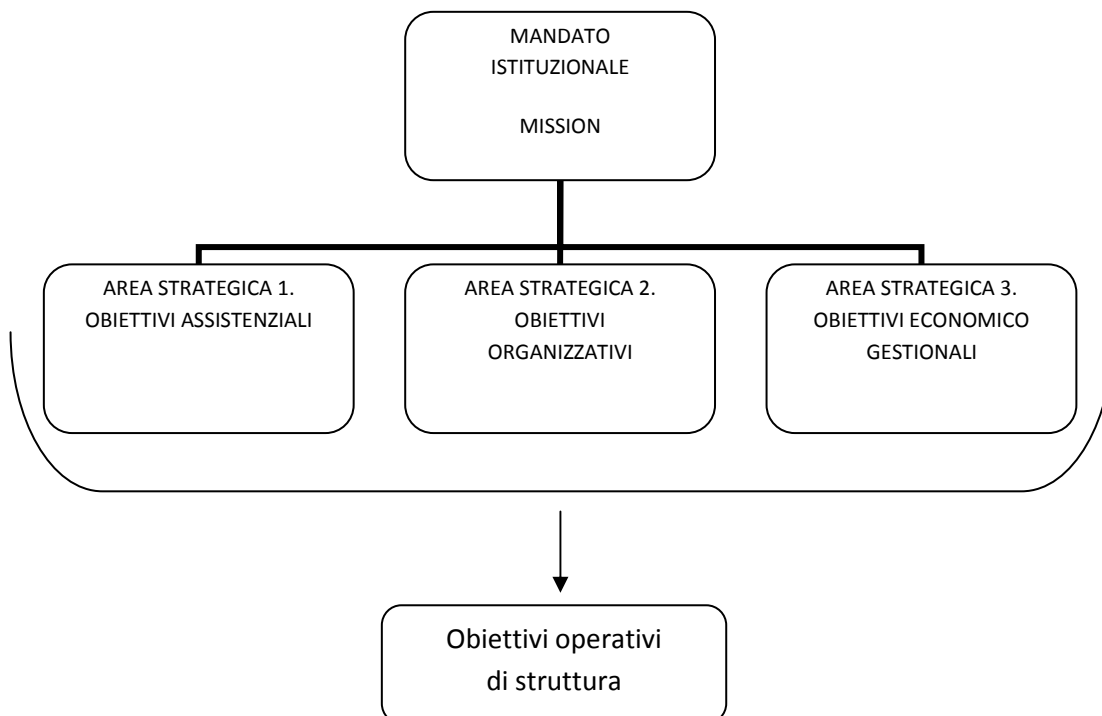
Albero della performance

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

Obiettivo	Indicatore	Risultati 2013	Risultati 2014
Migliorare la copertura antinfluenzale nell'anziano	Copertura vaccinale nell'anno solare degli anziani in età pari o superiore ai 65 anni $\geq 70\%$	53%	44
Ridurre il Tasso di Ospedalizzazione	T.O. ordinario e diurno (escluso neonato sano DRG 391) std x 1000 ≤ 160	154,2	139,5
Ridurre il Tasso di Ospedalizzazione per patologie assistibili domiciliariamente	T.O. regime ordinario per BPCO std 50-74 anni ≤ 80	66,8	72,4
Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili	% ricoveri medici con finalità diagnostica in regime diurno $< 23\%$	225/809=28%	170/699=24%
	% ricoveri ordinari medici brevi $< 17\%$	1317/4716=28%	1173/4502=26%
Migliorare l'appropriatezza	% Day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza ≥ 87	289/386=75%	240/328=73%
Evitare i ricoveri ripetuti	% re-ricoveri in regime ordinario entro 30 gg per la stessa MDC ≤ 4	214/6323=3,4%	189/5954=3,2%
Tendere al perseguimento dell'equilibrio di bilancio (riduzione del lavoro interinale, razionalizzazione degli acquisti, limitazione conferimento incarichi incentivanti, ecc.)	Pareggio di bilancio 2014	Pareggio costi-ricavi	Pareggio costi-ricavi

Obiettivi e piani operativi

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

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Ufficio di Direzione	Complessa	Amministrativa	Dr. Maurizio Locci	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Rispetto del Piano della Formazione Aziendale	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Monitoraggio dei flussi informativi aziendali Nsis	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Potenziamento sistema di qualità e risk Management	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 Affari Generali	Complessa	Uffici Staff Direzione	Dr. Mariano Matta	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Gestione tempestiva delle pratiche del comitato di valutazione sinistri	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio attività Piano anti-corrruzione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento delle attività del servizio	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Relazione su tutte le cause legali pendenti e stima delle spese conseguenti	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Monitoraggio dei contratti per il personale non dipendente	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 valorizzazione risorse umane -comunicazione	Semplice	Uffici Staff Direzione	Dr. ssa Luisa Piloni/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	15	15	
Aggiornamento sito web aziendale. Richiesta mensile tramite mail alle U.O. per la rilevazione degli aggiornamenti	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Definizione e attuazione di una procedura aziendale per la rilevazione del fabbisogno formativo	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio attività per la garanzia della norma sulla trasparenza	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Diffusione agli operatori attraverso la mailing list di tutto il materiale informativo relativo ad eventi formativi e informativi interni o esterni all'ASL	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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. Paolo Cannas	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Implementazione CEA - garantire dati di attività per le schede trimestrali di rendicontazione economica	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo dei fondi vincolati	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento rendicontazione della contabilità analitica	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento del processo per la definizione della programmazione triennale e annuale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo del debito informativo aziendale - Centralizzazione dei flussi	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Gestione del sistema Premiante attraverso ISSOS	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
Estensione 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 accoglienza in PS - Monitoraggio gestione triage in Pronto Soccorso	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento della qualità	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Avvio della sperimentazione degli strumenti operativi prodotti nell'anno 2013 (protocolli, procedure e istruzioni operative).	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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
Contrattazione accordi per le attività delle Case della salute	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Monitoraggio funzionalità e utilizzo moduli Informativi SISAR	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento qualità: compartecipazione ai percorsi per integrazione ospedale (reparti, PS) e territorio (MMG, specialisti territoriali)	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Ottimizzazione qualità dei flussi informativi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 socio sanitario	Complessa	Uffici Staff Direzione	Dr. Andrea Floris	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Analisi dell'impatto dell'offerta aziendale sulla salute della popolazione residente e penitenziaria	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della qualità delle prestazioni - attivazione ed attuazione del percorso clinico organizzativo sull'integrazione con i Comuni sulle attività del PUJA /UVT elaborato nel 2013	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Integrazione sociosanitaria locale (Plus)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo della Medicina penitenziaria	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
	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
Verifiche periodiche casse economali	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Rispetto tempistica pagamento fatture a decorrere dalla data del protocollo in ingresso	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Condivisione flussi fondi vincolati	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della gestione del processo di approvvigionamento e consumo dei beni farmaceutici e presidi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della qualità dei flussi economici	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	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
Realizzazione gare programmate	0	25	0	
Miglioramento della gestione del processo di approvvigionamento e consumo dei beni farmaceutici e presidi	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento qualità delle prestazioni e riqualificazione del personale	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	25	12,5	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	62,5	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			62,5	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Risorse umane	Complessa	Dipartimento Amm.vo	Dr. ssa Maria Fanny Pittau	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento gestione delle assegnazioni del personale in servizio	Non Coerenti con gli obiettivi	25	0	
Governo iter per gli inquadramenti giuridici	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento del ciclo della performance	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Implementazione del programma delle assunzioni dei posti liberi in pianta organica	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	75	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			75	

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
Mappatura dei beni immobili della ASL e relativa regolarizzazione dei certificati	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento qualità	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Conclusione iter Casa della Salute di Arbus	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo dei piano di lavori anno 2014	Non Coerenti con gli obiettivi	20	0	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	80	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			80	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Direzione Sanitaria P.O.	Complessa	Ospedaliera	Dr. Giuseppe Sechi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento appropriatezza dei ricoveri	Non Coerenti con gli obiettivi	10	0	
Monitoraggio Centralizzazione della preospedalizzazione al fine di verificarne l'efficacia e perseguire il miglioramento continuo	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Gestione tempestiva delle pratiche da inoltrare al Comitato di valutazione sinistri	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Monitoraggio applicazione "Disciplinare per la fruizione della mensa dipendenti"	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento delle condizioni igienico sanitarie - attuazione delle procedure di controllo/verifica delle condizioni igienico sanitarie degli ambienti ospedalieri	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Piano per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	90	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			90	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Anestesia e Rianimazione	Complessa	Dipartimento Chirurgia	Dr. Tonio Sollai	
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	20	20	
Miglioramento della qualità dell'assistenza - attuazione della procedura 2013 per la presa in carico del paziente di 3° livello e cure palliative	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento qualità	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento dell'efficienza	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Evitare i ricoveri ripetuti	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'appropriatezza di risposta assistenziale: aumento quota DS dei ricoveri a rischio di inappropriatezza	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Ottimizzazione utilizzo PL	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'efficienza nei reparti	Non Coerenti con gli obiettivi	20	0	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	80	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			80	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Ortopedia e Traumatologia	Complessa	Dipartimento Chirurgia	Dr. Giulio Sorrentino	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Evitare i ricoveri ripetuti	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento dell'appropriatezza di risposta assistenziale: aumento quota DS dei ricoveri a rischio di inappropriatezza	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'efficienza nei reparti	Non Coerenti con gli obiettivi	15	0	
Ottimizzazione utilizzo PL	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Trattamento della Frattura di femore entro 48 ore con dimissione in 5^ giornata	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	15	14,3	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	84,3	
Punteggio integrativo OIV			5,7	
Totale Complessivo Valutazione			90	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Urologia	Semplice	Dipartimento Chirurgia	Dr. Eugenio Mereu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Evitare i ricoveri ripetuti	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento dell'appropriatezza di risposta assistenziale: aumento quota DS dei ricoveri a rischio di inapproprietezza con aumento delle procedure mini invasive (colicisti, ernie, appendiciti.....)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'efficienza nei reparti	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	15	13	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Ottimizzazione utilizzo PL	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	98	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			98	

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	25	25	
Governo liste d'attesa per le prestazioni di endoscopia (colonscopia)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Garantire le attività per lo screening tumore colon retto	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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
Miglioramento rapporti con il territorio relativi al percorso nascita	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Evitare i ricoveri ripetuti in ginecologia	Non Coerenti con gli obiettivi	15	0	
Miglioramento dell'appropriatezza di risposta assistenziale: aumento quota DS dei ricoveri a rischio di inapproprietezza con potenziamento chirurgia mini invasiva	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Riduzione del ricorso al Taglio cesareo	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	15	13,5	
Ottimizzazione utilizzo PL	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'efficienza nei reparti	Coerenti con gli obiettivi			
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	83,5	
Punteggio integrativo OIV			6,5	
Totale Complessivo Valutazione			90	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Cardiologia e Utic	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr. Gianfranco Ibba	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Garanzia della centralizzazione della preospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Riduzione del Tasso di Ospedalizzazione: miglioramento appropriatezza regime assistenziale con attivazione del day service diagnostico - Pacchetti Ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) - per l'ipertensione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Evitare i ricoveri ripetuti	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Ottimizzazione utilizzo PL	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Medicina	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr. Ibba Gianfranco FF	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie assistibili domiciliariamente (BPCO) con la collaborazione dello specialista in pneumologia del P.O.	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Evitare i ricoveri ripetuti	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Riduzione dei DH medici con finalità diagnostica	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Ottimizzazione utilizzo PL	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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. Ibba Gianfranco FF	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Riduzione mobilità passiva pazienti con nuove diagnosi neoplasia maligna mammella: presa in carico da parte della SSD di Oncologia per le cure mediche oncologiche ed il follow (clinico-radiologico e laboratoristico) delle pazienti con nuova diagnosi di neoplasia mammaria effettuata presso il PO di San Gavino M.le	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Verifica del protocollo operativo per la prevenzione degli eventi avversi da mezzo di contrasto nei pazienti oncologici	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Integrazione ospedale territorio - territorializzazione del servizio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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 dell'appropriatezza prescrittiva: applicazione procedura per la prescrizione della eritropoietina	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento della qualità delle prestazioni	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Integrazione ospedale territorio - territorializzazione del servizio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Diminuzione mobilità passiva	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Nido	Complessa	Dipartimento Medicina	Dr. Roberto Antonucci	
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 morbilità, mortalità e trasferimenti inappropriati dei medesimi	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Diffusione della informazione sul prelievo del sangue da cordone ombelicale (SCO)	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento della qualità del servizio erogato - rilevazione, analisi, e proposte migliorative	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	20	10	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Governo liste d'attesa per la 1° visita ambulatoria le	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	90	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			90	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Laboratorio Analisi	Complessa	Dipartimento Servizi	Dr. Francesco Ronchi	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento delle richieste di prescrizioni diagnostiche di laboratorio in collaborazione con il comitato appropriatezza aziendale - attraverso audit su protocolli elaborati nel 2013	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Governo tempi di attesa per la refertazione delle analisi Centro Trombosi	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento continuo attraverso l'impostazione e certificazione del Sistema gestionale di Qualità (SGQ)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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
Miglioramento della prevenzione oncologica	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Governo dei Tempi di Attesa	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Ampliamento dell'offerta 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	20	20	
Monitoraggio percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguirne il miglioramento continuo	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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 della donazione di sangue	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Appropriatezza dell'uso del sangue	Non Coerenti con gli obiettivi	15	0	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio protocolli o istruzione operative finalizzate alla certificazione	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento attività di donazione del sangue di cordone ombelicale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo delle attività con i nuovi sistemi informativi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	85	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			85	

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
Miglioramento delle attività del Dipartimento attraverso l'applicazione del Percorso Urgenze Emergenze anche al fine di verificarne l'efficacia e perseguire il miglioramento continuo	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio appropriatezza dell'attribuzione del codice di priorità	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Riduzione del tasso di ospedalizzazione	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Governo qualità triage del PS	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Appropriatezza e omogeneità nella gestione dei pazienti	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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
Diminuzione acquisto farmaci e dispositivi medici fuori gara	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Rispetto tempi di invio fattura al Servizio Bilancio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Ottimizzazione delle scorte di farmaci e dispositivi medici nei reparti: analisi della gestione degli armadi farmaceutici nei reparti di degenza ed allestimento di report trimestrali	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento della gestione del processo di approvvigionamento e consumo dei beni farmaceutici e presidi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento spesa farmaceutica	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Dipartimento Prevenzione	Complessa	Dip. Prevenzione	Dr. Enrico Vacca	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio previsto	Punteggio assegnato	Note
Aggiornamento del piano regionale di prevenzione	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Garantire la formazione al 90% del personale dipendente in ruolo od a tempo determinato sulla tematica della integrazione dipartimentale in coerenza col progetto formazione del dipartimento	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Contenimento costo di produzione	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
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 Fraiilis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio previsto	Punteggio assegnato	Note
Migliorare la copertura vaccinale anti influenzale nell'anziano	Non Coerenti con gli obiettivi	20	0	
Miglioramento qualità screening oncologici	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Comunicazione sul sito web dei risultati 2013 e degli obiettivi 2014 in riferimento alle campagne dei 3 screenings e delle vaccinazioni	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Attuazione programma vaccinazione antipapilloma virus	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	20	18	
Gestione del sistema di sorveglianza PASSI	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	78	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			78	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Igiene degli alimenti	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Igino Pintor	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento prevenzione e educazione alla salute: elaborazione del "Programma attività 2014 per il rischio cardiovascolare" condiviso con il Comitato prevenzione rischio cardiovascolare aziendale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'utilizzo intra-aziendali delle informazioni sulla sorveglianza dello stato di salute (Sattu po imparai)	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento della qualità delle prestazioni: attuazione procedura ispezione aziende agricole	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Controllo acqua di rete con riferimento alla popolazione sensibile. Controllo della qualità dell'acqua all'interno di strutture ospitanti popolazione sensibile (bambini e anziani)	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio corretta applicazione della procedura (elaborata nel 2013) in casi di sospetta intossicazione da funghi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio aree a rischio inquinamento	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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'attuazione dei progetti di competenza "Sicurezza in edilizia " contenuti nel PRP	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Garantire l'attuazione dei progetti di competenza "Sicurezza in agricoltura" contenuti nel PRP	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Formare e qualificare i soggetti aventi ruolo nella organizzazione della prevenzione delle aziende pubbliche o private o impegnati con specifici fattori di rischio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Attuare iniziative per il controllo e la prevenzione delle patologie professionali e dei rischi derivanti dalla differenza di genere (con particolare attenzione alle patologie più frequenti, disturbi muscolo scheletrici)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Igiene Alimenti O.A.	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Enrico Vacca FF	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento delle attività di categorizzazione del rischio degli stabilimenti CE	Non Coerenti con gli obiettivi	25	12,5	
Miglioramento della qualità del PCO "Epidemiologia e profilassi igienico sanitaria dell'echinococcosi cistica nell'uomo e negli animali"	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento delle attività del servizio	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	20	10	
Aggiornare e implementare il sistema di registrazione informatizzata delle attività istituzionali svolte dal Servizio in relazione alle macellazioni uso famiglia	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	77,5	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			77,5	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Igiene allevamenti	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Enrico Vacca FF	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Applicazione del reg.882 sui controlli ufficiali sull'applicazione del regolamento (CE) n.183/2005	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento della qualità del PCO "Epidemiosorveglianza e profilassi igienico sanitaria dell'echinococcosi cistica nell'uomo e negli animali"	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Monitoraggio aree a rischio inquinamento	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento gestione fenomeno del randagismo	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento gestione fondi vincolati	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
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
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	20	20	
Piano regionale di eradicazione della Peste Suina Africana: effettuazione dei controlli clinici, sierologici e di biosicurezza in tutte le aziende suinicole e attribuzione delle qualifiche sanitarie di "aziende controllate" o di "aziende controllate certificate" per PSA	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Piano regionale di risanamento e profilassi della Tuberculosis bovina: effettuazione della prova di intradermoreazione alla tubercolina nei bovini di tutte le aziende zootecniche	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
SISAR - Vet: registrazione nel sistema informativo regionale di tutti i piani di monitoraggio e di profilassi delle malattie infettive e trasmissibili, al fine di migliorare i flussi informativi istituzionali verso la RAS	Coerente con gli obiettivi	15	15	
Sistema informativo locale del Servizio Sanita Animale: registrazione informatizzata di tutte le attività istituzionali svolte	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 Ambiente e Salute	Semplice	Dip. Prevenzione	Dr. Giancarlo Marras	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Completare il sistema di registrazione informatizzata di tutte le attività svolte nell'ambito del servizio seguendo il sistema informatico regionale (SISAR)	Parzialmente Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento della qualità delle prestazioni: attuazione procedura ispezione aziende agricole	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento delle attività del servizio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Monitoraggio aree a rischio inquinamento	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Nell'ambito del progetto pluriennale di "tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici scolastici" - verifica condizioni igienico sanitarie (strutturali e tecnologiche) degli edifici destinati a scuole dell'obbligo	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività		10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Dipartimento Salute Mentale	Complessa	Dipartimento MSD	Dr. Alessandro Coni	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento qualità	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Programazione attività assistenziali, integrate con servizi e enti privati, in linea con l'andamento dei tetti di spesa	Coerenti con gli obiettivi	15	0	
Attivazione ARIS con incarico professionale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Garantire la formazione al 90% del personale dipendente in ruolo od a tempo determinato sulla tematica della integrazione dipartimentale in coerenza col progetto formazione del dipartimento	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Totale Punteggio		100	85	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			85	

Denominazione Struttura	Tipo Struttura	Area Struttura	Responsabile	
Salute Mentale	Complessa	Dipartimento MSD	Dr. Alessandro Coni	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Migliorare la qualità e l'omogeneità delle attività del servizio in tutto l'ambito della ASL	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Ricerca e Prevenzione - area tematica violenza domestica, stalking e femminicidio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Migliorare l'offerta - garantire la continuità di cure tra l'area della Neuropsichiatria infantile e la Salute mentale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Progettazione interaziendale	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 Dipendenze	Complessa	Dipartimento MSD	Dr. Angelo Fois	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Attivazione progetti di formazione professionale ed inserimento lavorativo di utenti SERD	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento flussi informativi relativi al fenomeno delle dipendenze nel territorio del Medio Campidano	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
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	
Miglioramento prevenzione e educazione alla salute	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Partecipazione del Centro antifumo al progetto aziendale BPCO	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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
Sviluppare l'ADI agli anziani non autosufficienti di età >= 65 anni	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento strategie finalizzate all'adesione delle donne al "Percorso nascita aziendale"	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della qualità dell'assistenza - attuazione della procedura condivisa per la presa in carico del paziente di 3° livello e cure palliative approvata nel 2013	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento integrazione P.O.-Territorio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Assicurare le trasfusioni domiciliari	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento dell'efficienza	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 Sanluri	Complessa	Distrettuale	Dr. ssa Annaclara Melis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Sviluppare l'ADI agli anziani non autosufficienti di età >= 65 anni	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento strategie finalizzate all'adesione delle donne al "percorso nascita aziendale"	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della qualità dell'assistenza - attuazione della procedura condivisa per la presa in carico del paziente di 3° livello e cure palliative approvata nel 2013	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Miglioramento integrazione P.O.-Territorio	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Assicurare le trasfusioni domiciliari	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento gestione procedura informativa "Protesica"	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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
Mantenimento dei livelli di attività relativi alla prevenzione diagnosi e cura delle patologie tiroidee	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Prevenzione e diagnosi delle patologie legate alle dislipidemie e del rischio cardio vascolare nei pazienti con diabete tipo 2	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Riduzione della degenza massima dei pazienti diabetici	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Riduzione del tasso di ospedalizzazione e integrazione Ospedale-territorio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	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 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	
Diminuzione acquisto farmaci e dispositivi medici fuori gara	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Contenimento costo beni/servizi e farmaci	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Collaborare col servizio competente per l'estensione della consegna domiciliare dei farmaci e dispositivi medici ai pazienti in ADI	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Formazione sul tema Farmaci Biosimilari	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Miglioramento della gestione del processo di approvvigionamento e consumo dei beni farmaceutici e presidi	Coerenti con gli obiettivi	15	15	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coord. Segreteria Generale supp. Direz. Amm.va	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Matilde Pani	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Verifica e trasmissione in giornata al Servizio bilancio delle fatture in entrata	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Verifica della completezza ed adeguatezza dell'istruttoria degli atti amministrativi in carico alla direzione generale	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento della tempistica di trasmissione della documentazione ai servizi destinatari	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento attività amm.ve P.O.	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Vinicio Casu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Gestione criticità ufficio ticket	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento qualità delle attività amministrative del Presidio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Miglioramento qualità servizio	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Collaborazione e attuazione piano aziendale anticorruzione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento attività amm.ve Distretti Guspini -Sanluri	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Fabrizio Porcu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Gestione criticità ufficio ticket	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Unificare casse ticket	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento qualità servizio	Coerente con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento attività amm.ve Distretti Guspini -Sanluri	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Valentino Pitzalis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Contrazione dei costi aziendali: Presentazione di un piano di riduzione costi delle commissioni	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Controllo tempi di risposta alla domanda	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento qualità del servizio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Gestire i rapporti con gli enti	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento Casse economali	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Aldo Cirina	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Coordinamento, vigilanza e controllo dell'attività degli Agenti Contabili per maneggio valori	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Proposta atti formali per: costituzione fondo, distribuzione budget nei singoli conti, reintegri periodici (delle diverse casse)	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Monitoraggio della spesa nei diversi codici di conto e nelle diverse casse, nel rispetto del budget di ciascuna cassa	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Verifica conformità richieste di acquisto e condivisione con i competenti referenti Servizio Prowedtorato	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Gestione del personale in utilizzo e di supporto	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Fabrizio Fazzini	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
esecuzione e tinteggiature interne delle camere di degenza e dell'intero perimetro esterno fino a m.2,20	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
ampliamento larghezza delle porte nelle camere di degenza che non consentono il passaggio dei letti, come da prescrizioni del piano di emergenza ed evaquazione	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
intervento su segnalazione, con risoluzione o messa in sicurezza, anche con chiamate ditte esterne	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
consegna e ritiro, compreso montaggio e smontaggio di presidi a ausili presso il domicilio dei pazienti - distribuzione e consegna di farmaci a domicilio dei pazienti ADI del Distretto di Sanluri	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento attività autoparco aziendale	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Ezio Serra	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Verifiche sull'uso dei veicoli	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Mappatura del parco auto esistente	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Riduzione di costi di gestione del parco auto aziendale	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento della gestione del parco auto aziendale	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Gestione rapporti medicina convenzionata-lavoro non dipendente	Posizione Organizzativa	Amministrativa	Fernando Usai	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Integrazione gestione economica della medicina convenzionata con la gestione giuridica distrettuale	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Monitoraggio costante costo contratti e rapporti di lavoro atipico e flessibile	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Potenziamento attività del servizio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento qualità del servizio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Sviluppo e gestioni progetti particolari nel Territorio	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Rosalba Atzeni	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Implementazione progetto gruppi di cammino nei comuni di Siddi, Lunamatrona, Villamar, Turri, Samassi, Gesturi, Sanluri	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Collaborazione alla stesura di progetti riabilitativi del CSM interaziendali	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Verifica dell'applicazione delle procedure CSM prodotte 2012	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Grado di risoluzione dei problemi con la flessibilità organizzativa delle risorse umane del DSM-D	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Stuttura	Responsabile	
Area materno infantile e percorso nascita	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Claudia Collu	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Percorso nascita : miglioramento dell'integrazione Ospedale-Territorio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento dell'accoglienza dei gruppi di gravide e coppie durante la visita guidata presso il punto nascita	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Promozione ambulatorio del terzo trimestre (Preospedalizzazione offerta Attiva)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Stuttura	Responsabile	
Cure domiciliari - SLA	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Leonardo Mameli	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento della continuità assistenziale tra le strutture del P.O. e quelle territoriali.	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento Integrazione ospedale/territorio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Monitoraggio Tempo intercorso tra la segnalazione al PUA-UVT e la presa in carico territoriale (su campione mensile 20%)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Collaborazione e interscambio con le altre responsabilità SPS del PO	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Stuttura	Responsabile	
Cure domiciliari - SLA	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Leonardo Mameli	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento della qualità delle prestazioni	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Verifica dell'applicazione delle procedure di cui sopra	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Riduzione del costo unitario delle prestazioni erogate direttamente dall'Azienda in prestazione aggiuntiva (relativamente alle attività trasfusionali domiciliari)	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Implementazione ed utilizzo di nuove tecnologie per la comunicazione con i MMG per la trasmissione istantanea dei referti degli esami di laboratorio	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento Attività per la Sicurezza ambienti lavoro	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Fabio Medda	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Proposta ed elaborazione di procedure condivise di sicurezza relative alla gestione di attività con esposizioni al rischio biologico, chimico e di movimentazione manuale dei pazienti	Coerenti con gli obiettivi	40	40	
Gestione delle richieste di parere sulla necessaria acquisizione ed adozione dei DPI in ambito sanitario con report trimestrali alla Direzione SPS	Coerenti con gli obiettivi	30	30	
Partecipazione attiva alle riunioni interne al servizio Professioni Sanitarie	Coerenti con gli obiettivi	10	10	
Rendicontazione attività ogni 15 gg. singola ispezione	Coerenti con gli obiettivi	20	20	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento Distretto Sanluri	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Manuela Racis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Re-engineering dei processi a livello distrettuale volto alla riduzione del rischio clinico	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Uniformità nell'applicazione di procedure, protocolli, istruzioni operative, linee guida	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Grado di risoluzione dei problemi della Casa di reclusione di Is Arenas con la flessibilità organizzativa delle risorse umane	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Struttura	Responsabile	
Coordinamento operatori sanitari Presidio Ospedaliero	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Maria Cristina Racis	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Utilizzo appropriato e razionale delle risorse umane in un contesto di flessibilità organizzativa coerente con la negoziazione del budget dell'area	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Miglioramento qualità e appropriatezza e sicurezza delle prestazioni	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Collaborazione e interscambio con le altre responsabilità SPS del P.O.	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Stuttura	Responsabile	
Day Hospital - Day Surgery - Week Surgery	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Maria Paola Pilloni	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Miglioramento qualità e appropriatezza e sicurezza delle prestazioni	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Collaborazione nella progettazione e realizzazione del servizio centralizzato per la gestione del ricovero diurno	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Collaborazione nella progettazione e realizzazione delle attività per la gestione del ricovero chirurgico	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Collaborazione e interscambio con le altre responsabilità SPS del P.O.	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

Denominazione	Tipo	Area Stuttura	Responsabile	
Coordinamento distretto di Guspini	Posizione Organizzativa	Sanitaria	Marco Ara	
Obiettivo	Azioni realizzate	Punteggio Previsto	Punteggio Assegnato	Note
Re-engineering dei processi a livello distrettuale volto alla riduzione del rischio clinico	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Uniformità nell'applicazione di procedure, protocolli, istruzioni operative	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Grado di risoluzione dei problemi con la flessibilità organizzativa delle risorse umane	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Utilizzo del sistema premiante per via informatica per valutare il personale e valorizzare la produttività	Coerenti con gli obiettivi	25	25	
Totale Punteggio		100	100	
Punteggio integrativo OIV				
Totale Complessivo Valutazione			100	

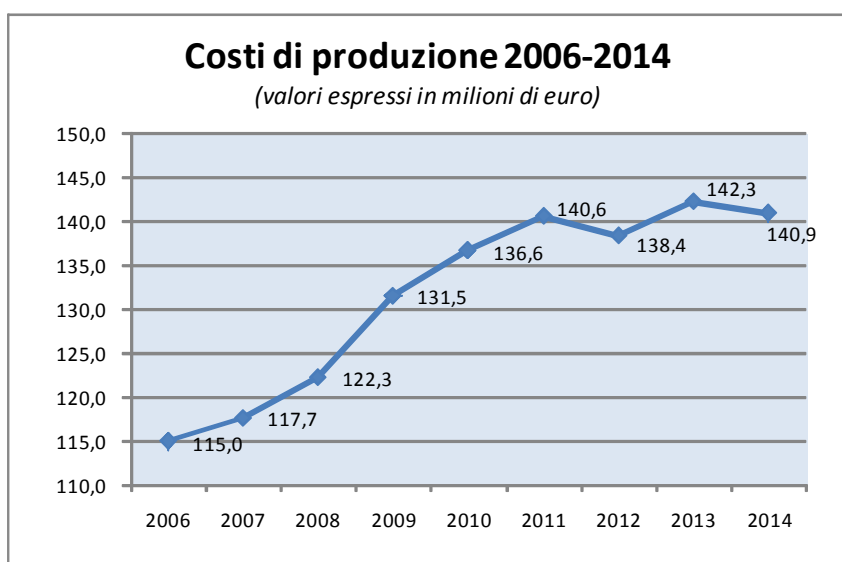
RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

La gestione economica dell'Azienda Sanitaria Locale 6 di Sanluri nell'anno 2014 ha confermato e consolidato la politica di rigoroso controllo dei costi di produzione perseguita negli ultimi anni.

Nel 2014 la ASL 6 ha chiuso il Bilancio evidenziando un utile, tale risultato è legato ad un insieme di cause tra cui le più significative sono rappresentate dalla contrazione dei costi sul personale e dalla rilevazione di sopravvenienze attive, dovute alla sostanziale modifica dei criteri di valutazione nella rilevazione delle giacenze di beni sanitari di reparto presso le diverse U.O. del Presidio Ospedaliero di San Gavino.

Il costo della produzione ha subito, rispetto all'anno 2013, un lieve decremento attestandosi intorno allo - 0,95%. Come accennato tale decremento è stato determinato oltre che dalla diminuzione del costo del personale, dalla necessaria rilevazione di sopravvenienze attive per effetto della puntuale rilevazione delle giacenze finali di reparto al termine del 2014, rispetto alla precedente valutazione, adottata fino all'esercizio 2013, di natura tecnico-quali-quantitativa, basata sul principio della costanza dell'andamento delle richieste formulate dai vari centri di costo e da un controllo fondato sulla verifica delle richieste di approvvigionamento periodico. Tale complessiva riduzione è stata però in parte neutralizzata dall'incremento dei costi per l'acquisto di beni sanitari e non sanitari e dei costi per acquisto di servizi.

L'analisi dell'andamento pluriennale mostra un tendenziale assestamento dei costi di produzione negli ultimi quattro anni, tra il 2013 e il 2014 è possibile osservare una diminuzione del dato relativo ai risultati gestionali orientati alla riduzione dei costi.



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 Miglioramento della cultura gestionale dell'intero sistema	Qualche ostacolo nella fase della negoziazione