

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016

Oristano, giugno 2017

La Relazione sulla Performance è redatta in attuazione a quanto previsto dal D.lgs. n.150 del 2009 in materia di trasparenza e integrità della Pubblica Amministrazione. Questo strumento di informazione sui risultati raggiunti nell'anno 2016 rispetto agli obiettivi programmati, rappresenta il documento di chiusura del Ciclo di Gestione della Performance.

Nell'anno 2012 la Asl di Oristano ha fortemente voluto implementare gli strumenti che caratterizzano il Ciclo di Gestione della Performance; dal Programma per la trasparenza e l'integrità al Piano della Performance fino alla presente Relazione, riformando e sviluppando l'intero Sistema di misurazione e valutazione della performance rispetto al precedente sistema valutativo. Tutto ciò con il convincimento che si possano migliorare le attività e che si debba garantire la più ampia trasparenza delle informazioni nei confronti dei cittadini e di tutti gli interlocutori interni ed esterni.

Il documento è composto da una parte descrittiva dell'azienda, delle sue attività, degli obiettivi programmati, dei corrispondenti risultati e delle risorse utilizzate. E' infine corredato da una serie di allegati che illustrano nel dettaglio i risultati raggiunti con riferimento agli obiettivi strategici e agli obiettivi operativi.

Presentazione della Relazione

Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

- Il contesto esterno di riferimento6
- L'amministrazione8
- I risultati raggiunti, le criticità e le opportunità25

Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

- Albero della Performance37
- Obiettivi strategici64
- Obiettivi operativi e Obiettivi individuali.....88

Risultati in materia di Trasparenza e Integrità96

Risorse, efficienza ed economicità.....101

Pari opportunità.....106

Il processo di redazione della relazione sulla performance.....116

Allegati:

1) Tabella obiettivi strategici

2) Documenti del Ciclo di Gestione della Performance

Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

- Il contesto esterno di riferimento
- L'amministrazione
- I risultati raggiunti
- Le criticità e le opportunità

Il contesto esterno di riferimento

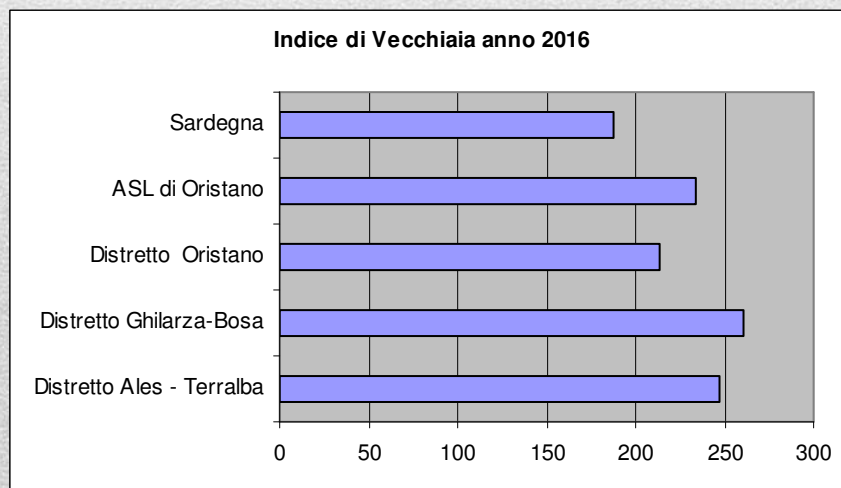
L'anno 2016 presenta diverse specificità, prime fra tutte il processo di riforma del Servizio Sanitario Regionale in atto (avviato con la legge regionale n. 23/2014) che, oltre a sottoporre le Aziende Sanitarie della Regione Sardegna ad una gestione commissariale dal 2015, prevedeva l'applicazione di misure di contenimento dei costi per le Aziende conseguenti all'adozione della DGR 63/24 del 15.12.2015.

Il Comitato incaricato della governance del Piano infatti, ha stabilito le regole di determinazione dei risparmi di spesa nonché i correlati target che ciascuna azienda era tenuta a conseguire nella gestione relativa all'esercizio 2016.

Il contesto economico in cui operare risulta essere pertanto particolarmente difficile, data anche la riduzione delle assegnazioni e la complessità del settore sanitario.

Il Contesto di Riferimento

	Abitanti	Indice di Vecchiaia		Indice di Invecchiamento	
		2016	2015	2016	2015
Sardegna	1.658.138	188	181	22,1	21,6
ASL di Oristano	161.600	234	225	24,8	24,3
Distretto Oristano	75.739	214	204	23,2	22,6
Distretto Ghilarza-Bosa	41.710	260	251	27,1	26,6
Distretto Ales - Terralba	44.151	248	236	25,5	26,5



Anche nel 2016 si conferma la tendenza all'invecchiamento della popolazione dell'Azienda.

L'indice di vecchiaia, a livello complessivo, è passato in un anno da 225 a 234.

Scomponendo il valore per aree territoriali, gli indici hanno valori più marcati nei distretti di Ghilarza-Bosa e Ales-Terralba.

La popolazione anziana ultrasessantatrenne è pari a 42.337 unità (26,2% del totale; +0,5% rispetto al 2015) di cui oltre la metà sopra i 74 anni (13,7% del totale; +0,2% rispetto al 2015).

L'Amministrazione – il contesto interno di riferimento

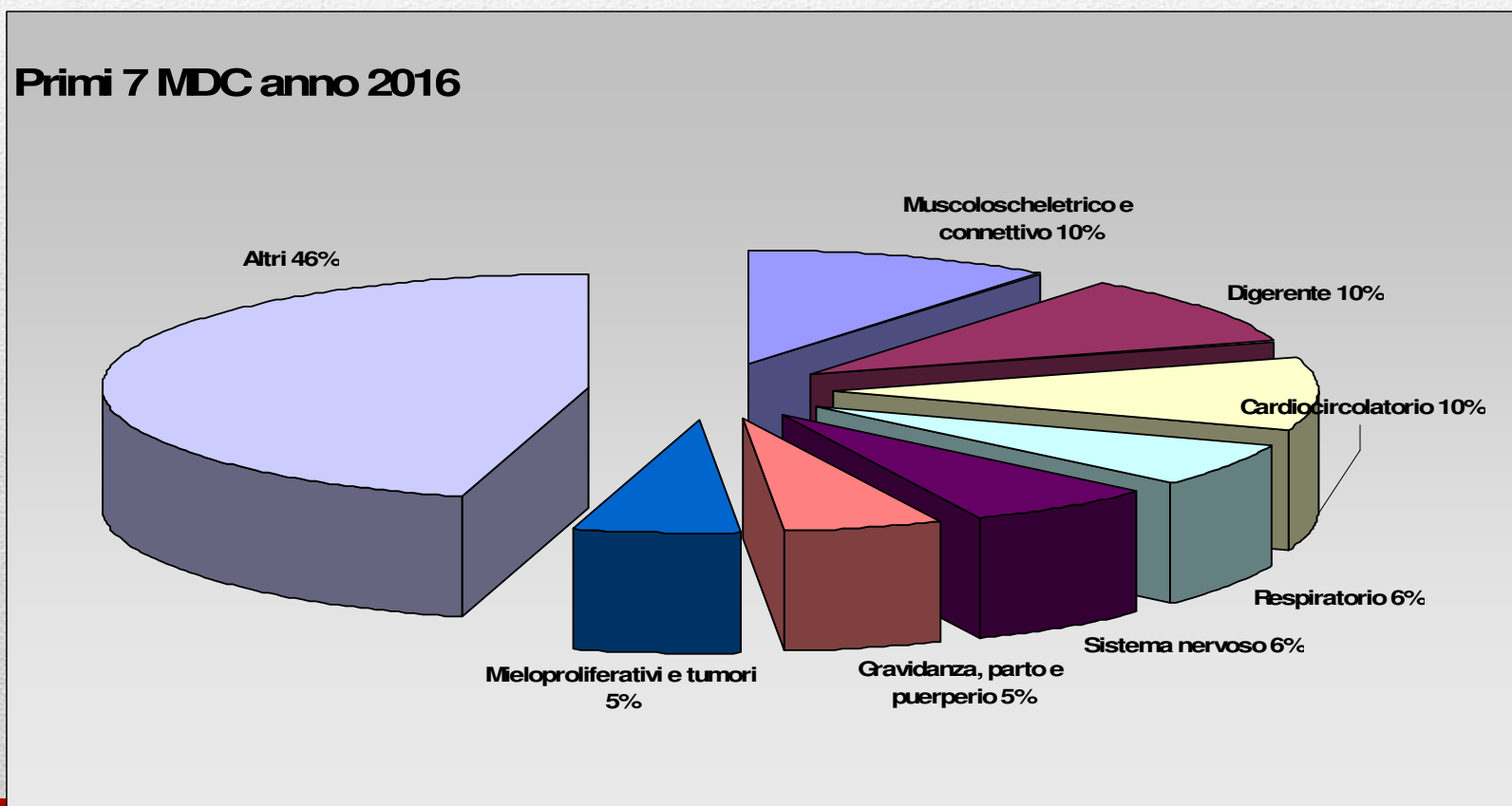
Nella provincia di Oristano i dati sulle cause di morte non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie cardiovascolari con il 34,01% ed i tumori con il 28,13% dei casi rispetto al totale delle cause di morte. Tra le patologie vascolari, le vasculopatie cerebrali, di pertinenza neurologica, rappresentano ben il 27,63% circa di questo gruppo. L'ictus cerebrale rappresenta la causa più importante di disabilità cronica. Il 42,62% dei tumori maligni è rappresentato da tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni (19,06%), da tumori del colon, del retto e dell'ano (10,86%), del pancreas (4,51%) e da tumori del seno (8,20%)

Cause di Morte	Oristano (anno 2009)	2013			2014		
		Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	37,50%	34,73%	32,16%	37,11%	34,01	31,09	36,79
Tumore	29,30%	29,16%	31,62%	29,47%	28,13%	31,63%	29,68%
Malattie del sistema respiratorio	5,50%	6,47%	6,40%	6,97%	6,63%	7,01%	6,95%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,80%	3,65%	4,11%	4,46%	4,38%	3,99%	4,37%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,50%	4,37%	5,05%	3,78%	4,03%	4,80%	3,74%
Malattie dell'apparato digerente	4,20%	4,55%	4,31%	3,79%	5,65%	4,59%	3,76%

Prime sei tra le cause di morte più frequenti. Fonte ISTAT

Il quadro epidemiologico presenta inoltre nella ASL 5 delle caratteristiche peculiari che sono comuni a quelle di tutta la regione Sardegna ed è caratterizzato dall'alta incidenza delle patologie autoimmuni, in modo particolare del diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide.

Nel grafico sono riportate le percentuali dei ricoveri più frequenti, riferiti ai residenti della ASL di Oristano per l'anno 2016, espressi per MDC (Categoria Diagnostica Maggiore).



La crescita delle patologie cronico degenerative, l'allungamento della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione determinano la presenza di diversi fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, quali una diminuzione della natalità, un aumento della disabilità, un aumento dell'isolamento sociale degli anziani e in conseguenza di ciò un aumento della domanda di prestazioni di natura socio sanitaria, soprattutto riferita agli anziani e ai disabili.

La ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza:

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Le attività di Prevenzione Collettiva sono assicurate dal Dipartimento di Prevenzione, preposto all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio, delle attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione mediante la modifica degli stili di vita, il miglioramento dell'ambiente e la prevenzione dei fattori di malattia anche emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

Assistenza distrettuale

L'Assistenza Sanitaria Territoriale Distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, Assistenza Farmaceutica Territoriale

Assistenza ospedaliera

L'Assistenza Ospedaliera assicura la diagnosi e la cura di malattie che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base. Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale

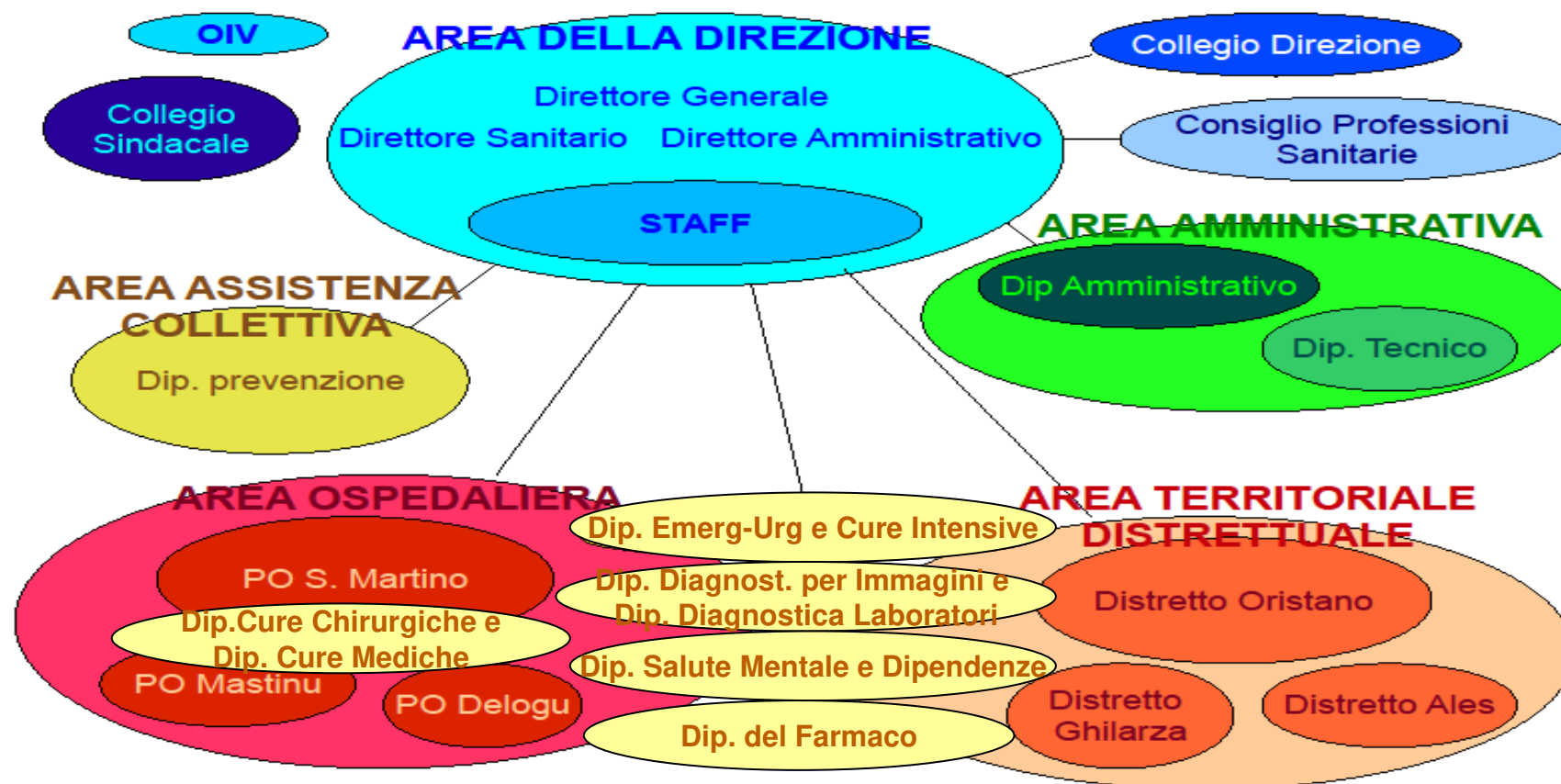
L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa (comprendente 32 comuni);
- Distretto socio-sanitario Oristano (comprendente 24 comuni);
- Distretto socio-sanitario Ales - Terralba (comprendente 32 comuni).

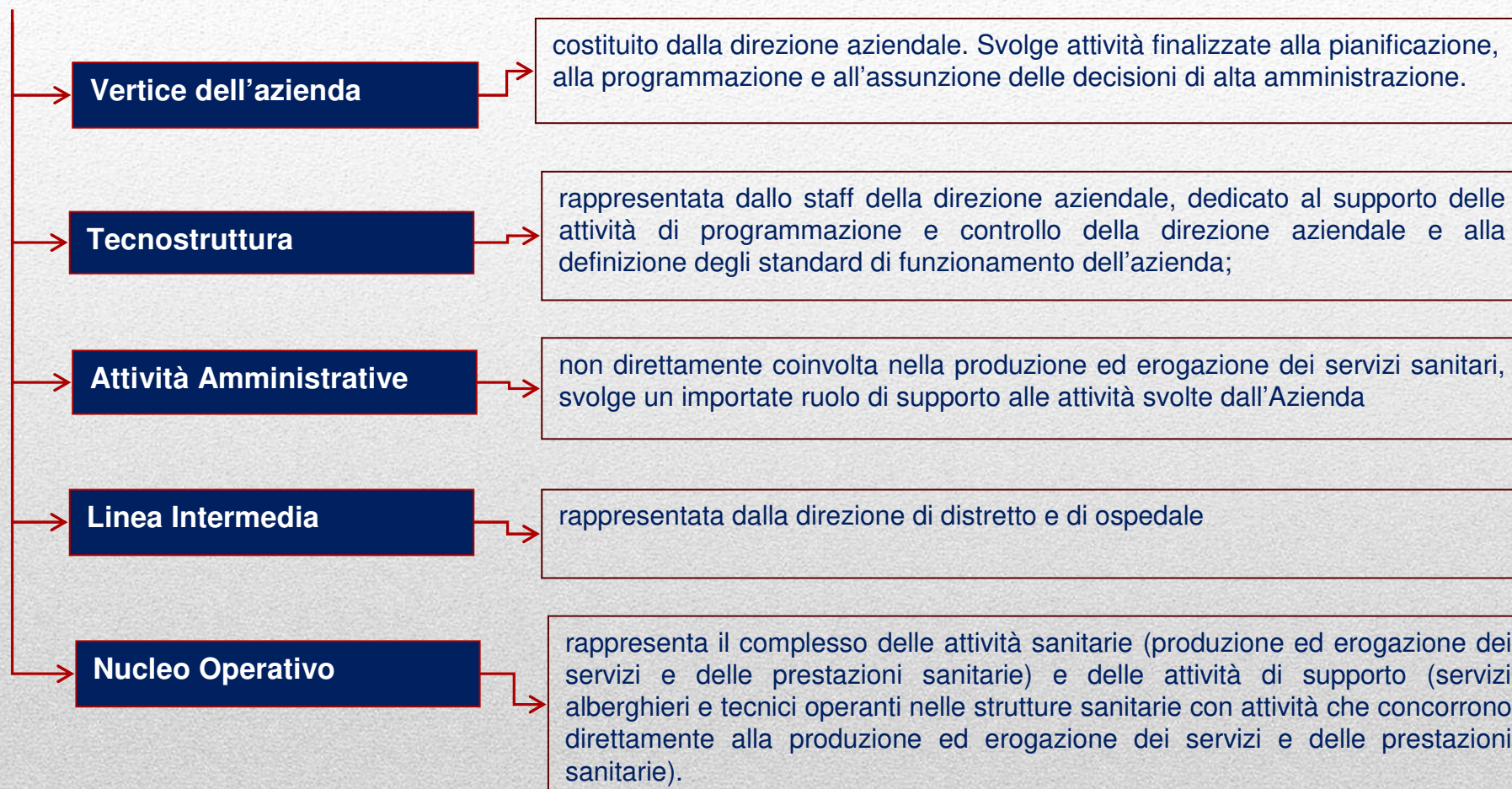
Servizi Sanitari presenti a livello territoriale (pubblico e privato convenzionato)	ASL 5	distretto Oristano	distretto Ales-Terralba	distretto Ghilarza-Bosa
Medici di Medicina Generale	118	51	36	31
Pediatrati di Libera Scelta	17	6	5	6
Punti di Continuità Assistenziale	29	11	10	8
Poliambulatori	11	2	4	5
Presidi Ospedalieri	4	2	0	2
Strutture Residenziali e Semiresidenziali per anziani non autosufficienti	3	1	1	1
Strutture Riabilitative ex art. 26 (ambulatoriale e domiciliare)	10	4	3	3
Strutture Riabilitative ex art. 26 (residenziale e semiresidenziale)	2	1	1	0
Strutture residenziali Semiresidenziali riabilitative per la salute mentale	4	2	0	2
Strutture residenziali Semiresidenziali riabilitative per le tossicodipendenze	1	0	1	0

Sul territorio sono presenti 4 presidi ospedalieri ove si erogano prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica sia in regime di ricovero ordinario che in ricovero a ciclo diurno (Day Hospital, Day Surgery e One Day Surgery) sia in elezione (programmato) che con accesso dal Pronto Soccorso; si erogano inoltre prestazioni ambulatoriali

PRESIDI OSPEDALIERI ASL ORISTANO	POSTI LETTO ACUTI	POSTI LETTO POST-ACUTI
Ospedale San Martino Oristano (ASL)	243	
Ospedale G. A. Mastino di Bosa (ASL)	44	
Ospedale G.P. Delogu di Ghilarza (ASL)	40	
Casa di Cura Madonna del Rimedio di Oristano (presidio privato)	174	15



STRUTTURA ORGANIZZATIVA



L'Amministrazione – Le Risorse Professionali

Si riporta di seguito la consistenza del personale dipendente, espresso in termini di unità e distinto per ruolo e per area contrattuale, riferita all'anno 2016

Tipo Contratto	Ruolo Sanitario	Ruolo Professionale	Ruolo Tecnico	Ruolo Amministrativo	Totale
Tempo indeterminato	1.247	5	284	171	1.707
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	380				380
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>	34				34
<i>Dirigenza professioni sanitarie</i>					0
<i>Dirigenti P/T/A</i>		5	1	11	17
<i>Comparto</i>	833		283	160	1.296
Tempo determinato	67	2	16	0	85
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	36				36
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>	1				1
<i>Dirigenti P/T/A</i>		2			2
<i>Comparto</i>	28		16		44
Totale	1.314	7	300	171	1.792

L'Amministrazione – Le Risorse Professionali

Nell'analisi delle risorse umane, si riportano di seguito, gli indicatori dei caratteri qualitativi relativi al personale e sul benessere organizzativo.

Caratteri qualitativi / quantitativi

Indicatori	Valore
N. totale personale	1.792
N. totale personale dirigenza	472
N. totale personale comparto	1.320
N. totale personale dirigenza donne	241
N. totale personale dirigenza uomini	231
N. totale personale comparto donne	957
N. totale personale comparto uomini	363

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	51
Età media dei dirigenti (anni)	50
% di dipendenti in possesso di laurea	33,53%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Costi di formazione	244.000 euro

Benessere organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di assenze	18,63%
Tasso di richieste di mobilità in uscita	0,20%
Tasso di richieste di mobilità in entrata	0,27%
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti (al 31.12.2015)	3.870,50

Gli indicatori si riferiscono a elaborazioni sui dati del personale in servizio nell'anno 2016

ANNI 2015 - 2016

Alcuni dati di sintesi sulle attività dell'Area dell'Assistenza Sanitaria di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL Oristano svolge la sua attività nel rispetto degli obiettivi nazionali e regionali descritti nei rispettivi Piani di Prevenzione. I volumi di attività sono pertanto già preventivamente definiti secondo piani pluriennali di intervento indicati nei suddetti Piani.

Igiene e sanità
pubblica

Attività di Ispezioni Verifiche	Num. 2015	Num. 2016	Igiene Alimenti e Nutrizione
Alimenti	1.232	838	
Acque destinate al consumo umano	12	4	
Prodotti fitosanitari	54	84	
Attività di Campionamenti e Controlli	Num. 2015	Num. 2016	
Alimenti (farine, frutta, bevande, prep. gastronomiche,)	137	277	
Acque destinate al consumo umano	3.696	2.702	

Vaccini	% Copertura 2015	% Copertura 2016
Polio	> 99,0	> 98,0
Difterite	> 99,0	> 98,0
Tetano	> 99,0	> 98,0
Epatite B	> 99,0	> 98,0
Pertosse	> 99,0	> 98,0
Hib	> 99,0	> 98,0
Morbillo -Parotite - Rosolia	> 93,0	> 92,0

Igiene e
sanità
pubblica-
Screening

Attività di controllo e vigilanza	Num. 2015	Num. 2016	Igiene e Sicurezza Ambienti di Lavoro
vigilanza cantieri edili	191	166	
vigilanza altri comparti produttivi	334	218	
denunce infortuni	88	45	
indagini infortuni	18	16	
piani di lavoro amianto pervenuti	512	494	
pareri piani di lavoro	512	494	
notifiche preliminari cantieri pervenute	745	802	

2015	Inviti al 1° livello	Adesioni	Tasso di adesione
Screening cervice uterina	12.875	7.080	62,80%
screening mammografico	5.640	2.890	51,20%
screening colon retto	10.791	3.397	31,50%
2016	Inviti al 1° livello	Adesioni	Tasso di adesione
Screening cervice uterina	13.448	6.556	48,75%
screening mammografico	4.951	3.118	62,98%
screening colon retto	12.446	4.915	39,49%

(fonte dati: Servizi del Dipartimento)

I SERVIZI SANITARI EROGATI – Area della Prevenzione

Sanità Animale

Attività di Ispezioni Verifiche	Num. 2015	Num. 2016
Piani risanamento Malattie Animali	22.943	26.757
Controllo malattie infettive degli animali	21	26
Urgenza ed emergenze	57	54
Attività di Campionamenti e Controlli	Num. 2015	Num. 2016
Test Tubercolosi	36.956	345*
Test sierologici per accertamento malattie animali	53.887	75.644
Vaccinazioni per malattie animali	529.703	555.166

Igiene Alimenti di Origine Animale

Attività di Ispezioni Verifiche	Num. 2015	Num. 2016
Stabilimenti e attività commerciali	577	741
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	675.427	756.440
Attività di Campionamenti e Controlli	Num. 2015	Num. 2016
Controllo malattie al macello	1.824	2.231
Alimenti di origine animale	181	287
Ricerca residui alimenti origine animale	91	73

Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Attività di Ispezioni Verifiche	Num. 2015	Num. 2016
Latte	428	321
Farmaci	243	224
Alimentazione Animale	97	196
Benessere animale	513	408
stabilimenti trasf.latte (caselfici) con non conf.	5	7
certificazioni con ispezione per export formaggi	375	378
Attività di Campionamenti e Controlli	Num. 2015	Num. 2016
Latte e formaggi	65	71
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	28	30
Alimentazione Animale	72	74

Note (anno) 2016:

* Test a campione in quanto non si ripetono ogni anno

(fonte dati: Servizi del Dipartimento)

I Servizi erogati dall'Area dell'Assistenza Distrettuale

Da una sintetica analisi dei dati rappresentati nelle tabelle che seguono si può sostenere che, nonostante i gravosi vincoli di spesa imposti a livello nazionale e regionale, nel 2016 per molte attività si registra una conferma del volume dei servizi offerti e in alcuni casi un aumento delle prestazioni erogate, soprattutto rivolte ai pazienti fragili (assistenza territoriale residenziale, assistenza riabilitativa a ciclo continuativo, cure domiciliari).

Assistenza Territoriale Residenziale	N. Giornate anno 2015	N. Giornate anno 2016
RSA (residenze sanitarie assistite)	20.613	18.231
Centri Diurni	3.140	2.524
Case Protette	61.161	72.128

Assistenza Riabilitativa	anno 2015	anno 2015
N. Giornate Assistenza Residenziale e Semiresidenziale	7.394	10.094
N. Prestazioni Ambulatoriali e Domiciliari	38.244	37.690

Cure Domiciliari	anno 2015	anno 2016
numero casi	2.783	2.479
ore di assistenza infermieristica erogate	57.019	59.503
numero accessi MMG/PLS	21.389	22.018
numero accessi medici specialisti	3.477	3.446

(fonte dati: UU.OO. Distrettuali)

Le azioni e i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio territoriale e l'inserimento nelle strutture residenziali per dare invece spazio ai progetti di reinserimento nel mondo lavorativo, e nella società più in generale, nel più breve tempo possibile.

Assistenza ai pazienti sofferenti mentali

Accessi ai Centri di Salute Mentale	anno 2015	anno 2016
N. Pazienti in carico nei Centri Territoriali	3.946	3.077

Inserimenti in Strutture Residenziali per sofferenti mentali	anno 2015	anno 2016
Numero di utenti inseriti in strutture residenziali	52	30
Numero giornate di ricovero presso strutture residenziali	15.000	10.652

Assistenza ai pazienti affetti da dipendenze patologiche

Numero di Accessi ai SERD territoriali	anno 2015	anno 2016
Tossicodipendenze	10.728	11.416
Alcoolismo	1.792	1.823
Gioco d'Azzardo	224	187
Altro	500	387
TOTALE	13.244	13.813

Inserimenti in Strutture Residenziali per persone con dipendenze patologiche	anno 2015	anno 2016
Numero Utenti inseriti per Tossicodipendenza	22	16
Numero Utenti inseriti per Alcoolodipendenza	11	13
Totale	33	29
Numero giornate di ricovero	5.991	5.212

(fonte dati: UU.OO.Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze)

L'attività di specialistica ambulatoriale

PRESTAZIONI di SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2015	2016
Numero di prestazioni erogate agli utenti esterni	1.960.813	1.726.227
<i>di cui erogate dal pubblico</i>	<i>1.215.014</i>	<i>1.056.435</i>
<i>di cui erogate dal privato accreditato</i>	<i>745.799</i>	<i>669.792</i>
Differenze sul totale		- 234.586

Le prestazioni erogate nel 2016 sono diminuite del 12% rispetto all'anno precedente, con una progressiva diminuzione delle prestazioni erogate dal pubblico pari a -13% e un decremento di quelle erogate dal privato accreditato pari a -10%. La riduzione di circa 234.000 prestazioni riguarda per il 78% le prestazioni di diagnostica di laboratorio sia erogate dal pubblico che dal privato accreditato

L'attività di ricovero anni 2015 - 2016 nei singoli Presidi Ospedalieri della Provincia

DIMESSI ANNO 2015	P.O. SAN MARTINO Oristano	P.O. MASTINO Bosa	P.O. DELOGU Ghilarza	CASA di CURA Oristano	TOTALE ASL 5
Ricovero Ordinario	8.889	1.403	1.057	2.382	13.731
Ricovero Diurno DH/DS	2.590	419	686	1.424	5.119
TOTALE ANNO 2016	11.479	1.822	1.743	3.806	18.850
TOTALE ANNO 2015	11.856	1.616	1.972	4.215	19.659
Differenza 2016-2015	-377	-206	-229	-409	-809

I dati di ricovero ordinario del 2016 registrano una riduzione del numero e del valore delle prestazioni rispetto all'anno 2015. Rimangono pressoché costanti le prestazioni di ricovero in regime diurno. L'obiettivo regionale e nazionale, e quindi anche aziendale, è quello infatti di limitare il ricorso inappropriato alle prestazioni di ricovero ospedaliero, indirizzando il paziente cronico verso i livelli assistenziali territoriali e limitando il ricorso all'ospedale ai soli casi di acuzie e post acuzie.

I SERVIZI SANITARI EROGATI - Area dell'Assistenza Ospedaliera

Gli accessi al pronto soccorso nell'anno 2014 - 2015 nei Presidi Ospedalieri

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2015	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	4			4		8
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	239		7	47	1	294
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	6.261	152	967	1.166	249	8.795
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	14.634	1.242	3.331	3.422	3.803	26.432
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	3.705	118	701	800	216	5.540
Totale	24.843	1.512	5.006	5.439	4.269	41.069

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2016	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	5					5
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	271	13	26	0	0	310
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	5.448	983	1.173	364	156	8.124
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	15.112	3.135	3.395	3.683	1.229	26.554
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	3.832	820	859	178	127	5.816
Totale	24.668	4.951	5.453	4.225	1.512	40.809

Nell'anno 2016 la direzione generale ha assegnato alle macrostrutture e alle strutture aziendali, rispettivamente obiettivi organizzativi e operativi in linea con gli obiettivi assegnati dalla Regione Sardegna ai Commissari delle ASL, e con il processo di riforma del sistema sanitario regionale come disposto dalla LR n. 23 del 17 novembre 2014.

Gli obiettivi sono stati inoltre assegnati in coerenza con i documenti di programmazione aziendale (deliberazione CS n. 939 del 03.12.2015), e nel rispetto delle misure di contenimento dei costi imposti alle Aziende mediante l'adozione della DGR 63/24 del 15.12.2015.

Il Comitato regionale permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie e della qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati, ha individuato per singola Azienda Sanitaria gli obiettivi di risparmio per l'anno 2016 rispetto al bilancio consuntivo 2015. Per la ASL di Oristano sono di seguito indicati:

Farmaci territoriali	€ 1.430.000,00
Farmaci ospedalieri	€ 468.000,00
Efficientamento ospedale	€ 1.295.000,00
Efficientamento territorio	€ 336.000,00
Integrativa e protesica	€ 567.000,00
TOTALE RISPARMIO	€ 4.096.000,00

Gli obiettivi strategici comuni a tutte le articolazioni organizzative, sotto riportati, hanno riguardato i seguenti outcome:

✓ **Miglioramento della qualità dei flussi informativi prodotti per una massima accessibilità e attendibilità delle informazioni**

- Garantire la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi informativi rispetto alle indicazioni di errore evidenziate dall'applicativo SIDI (Sistema Integrato per il Debito Informativo);
- Proseguire nella realizzazione del progetto di dematerializzazione della prescrizione sanitaria;
- Proseguire nel progetto di piena utilizzazione dell'applicativo Order Entry/CCA per la richiesta/evasione delle consulenze interne;
- Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale da parte dei medici specialisti ambulatoriali.

✓ **Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale**

- Attuare degli eventi formativi trasversali a tutte le UUOO aziendali sugli strumenti della Clinical Governance e sulla costruzione e applicazione di un PDTA;
- Definire per ogni unità operativa dei Dipartimenti uno dei principali processi di lavoro individuando fasi, azioni, ruoli, responsabilità e competenze trasversali e professionali indispensabili rispetto alle attività individuate;
- Individuare almeno una pratica "a rischio di inappropriatezza" per ogni UO dei Dipartimenti Aziendali con lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati dalla nostra Azienda, attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti;
- Revisionare l'appropriatezza dei ricoveri e la qualità dell'assistenza misurati attraverso una griglia di indicatori definita dall'Assessorato regionale con DGR 67/16 del 29.12.2015;
- Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso l'uso della SISPac in tutte le UU.OO. Chirurgiche;
- Condurre almeno 1 audit interno per ogni unità operativa dei dipartimenti da realizzarsi secondo il programma degli audit definito dall'Azienda

✓ Ottimizzazione nell'uso delle risorse

- Migliorare il processo di programmazione dei fabbisogni finalizzato ad un governo della spesa per l'approvvigionamento di beni e servizi anche mediante la predisposizione di capitolati tecnici nei modi, contenuti e termini utili all'indizione di nuove gare o alla estensione di altre gare regionali.
- Produrre una relazione periodica sugli eventuali incrementi della spesa di farmaci e degli altri beni sanitari rispetto all'anno 2015, nonché delle prestazioni sanitarie acquistate dal privato accreditato entro il tetto di spesa assegnato, corredata da un'analisi delle criticità.

✓ **Prevenzione e Promozione della Salute**

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, è stato approvato con DGR n. 30/21 del 16.06.2015, a cui ha fatto seguito la delibera del Commissario Straordinario della ASL di Oristano n. 899 del 23.12.2015 di Adozione del modello organizzativo a livello locale per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione.

Gli obiettivi strategici pertanto sono stati:

- Per ogni Programma Regionale di Prevenzione, definire la Scheda Operativa contenente le attività da svolgere a livello locale per singola azione, comprensiva degli obiettivi e gli indicatori e corrispondenti valori attesi riferiti all'anno 2016
- Riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e delle criticità rinvenute nella loro realizzazione
- Garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2016, secondo quanto previsto dalla tabella degli obiettivi allegata alle Schede Operative

✓ **Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione**

Per tale outcome è stato individuato il seguente obiettivo strategico trasversale a tutte le macrostrutture:

Trasmettere al Responsabile della Trasparenza e Prevenzione Corruzione una relazione annuale contenente gli adempimenti della struttura in merito agli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale sulla Trasparenza e Prevenzione Corruzione

I Risultati Raggiunti, le criticità e le opportunità

I risultati che l'Azienda si prefiggeva con l'assegnazione di tali obiettivi si riferivano ad una riqualificazione dell'offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, senza peraltro pregiudicare la piena assicurazione dei LEA.

In un momento di crisi quale quello che sta attraversando la sanità sia a livello nazionale che regionale, non si ritenne di dover applicare esclusivamente misure di contenimento dei costi ma si decise di investire in progetti di miglioramento continuo della qualità dei servizi e degli standard assistenziali.

Gli obiettivi di misurazione dell'attività attraverso indicatori che, seppur inizialmente utili nel raggiungere buoni livelli delle performance individuali e aziendali, non si ritennero sufficienti, e si ritennero maturi i tempi per affrontare i temi della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza in modo che, non solo l'organizzazione ma il professionista li sentisse come propri, mettendo a disposizione le proprie capacità e competenze al servizio dello sviluppo dell'organizzazione.

L'obiettivo era quello di stimolare processi incentrati sulla qualità e la sicurezza delle cure, appropriatezza, cambiamento clinico e organizzativo, mediante un contributo positivo dei clinici nell'esercizio delle loro responsabilità. Affrontare i temi della qualità, dell'efficacia e dell'appropriatezza sono necessari per evitare comportamenti che non sono più economicamente sostenibili.

I Risultati Raggiunti, le criticità e le opportunità

Per quanto riguarda gli obiettivi strategici i risultati ottenuti dai diversi livelli di assistenza si possono definire in larga parte soddisfacenti.

I risultati raggiunti **nell'Area della Prevenzione** sono stati positivi sia rispetto agli obiettivi strategici che sulla quasi totalità degli obiettivi operativi.

Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 899 del 23.12.2015 è stato adottato il modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014 - 2018 con la definizione dei componenti del Gruppo di Coordinamento Aziendale del PRP e la nomina dei Referenti dei 24 Programmi.

In data 18.02.2016 la Direzione Generale ha assegnato alle varie strutture coinvolte gli obiettivi per l'anno 2016 legati alla realizzazione dei 24 Programmi del Piano.

Il monitoraggio, effettuato a consuntivo, è stato riassunto in 24 schede ed è stato valutato il grado di raggiungimento non solo delle azioni ma anche degli indicatori sentinella previsti nel piano. In data 15.02.2017 il Gruppo di Coordinamento ha approvato le risultanze della valutazione effettuata.

Il monitoraggio sui risultati ha messo in evidenza l'attuazione della quasi totalità delle azioni previste nei diversi programmi secondo quando definito nel cronoprogramma per l'anno 2016.

I Risultati Raggiunti, le criticità e le opportunità

Sia in ambito **Territoriale** che in ambito **Ospedaliero** sono stati soddisfacenti i risultati riferiti agli outcome precedentemente illustrati.

I risultati sul miglioramento della qualità dell'assistenza ricercati attraverso l'uso degli strumenti della clinical governance hanno dato apprezzabili esiti.

Gli eventi formativi con l'attivazione di diversi corsi, è stata mirata non solo a formare ma anche a supportare metodologicamente le unità operative coinvolte rispetto agli elaborati prodotti.

Per citarne qualcuno, la redazione di alcuni PDTA, in condivisione tra livello ospedaliero e territoriale; l'elaborazione, per ogni unità operativa, di un documento contenente, per uno dei principali processi di lavoro, i ruoli le responsabilità e la mappatura delle competenze trasversali e professionali indispensabili a supportarlo; il modello organizzativo del sistema integrato dei servizi da offrire in relazione al dimensionamento delle diverse Case della Salute e i meccanismi di monitoraggio per valutarne l'efficacia dei risultati.

Sia a livello ospedaliero che territoriale sono state individuate inoltre, per ogni unità operativa, pratiche "a rischio di inappropriatezza" e individuati gli standard di riferimento e gli indicatori utili a misurarne i risultati.

Sono stati organizzati quindi degli audit che hanno riguardato diversi temi e coinvolto diverse unità operative ospedaliere e territoriali.

I Risultati Raggiunti, le criticità e le opportunità

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità dei flussi informativi prodotti e dell'accessibilità delle informazioni, i medici e tutti gli operatori hanno collaborato attivamente per raggiungere gli obiettivi prefissati nonostante i problemi che la rete e gli applicativi mostrano in termini di efficienza.

Sul fronte dell'ottimizzazione nell'uso delle risorse sono stati sottoposti ad attento monitoraggio i consumi di farmaci e degli altri beni sanitari, per i quali la farmacia territoriale e ospedaliera hanno prodotto report trimestrali dei consumi, rispetto ai quali i direttori di struttura hanno giustificato eventuali incrementi della spesa in considerazione dei consumi dell'anno precedente e in rapporto all'attività erogata.

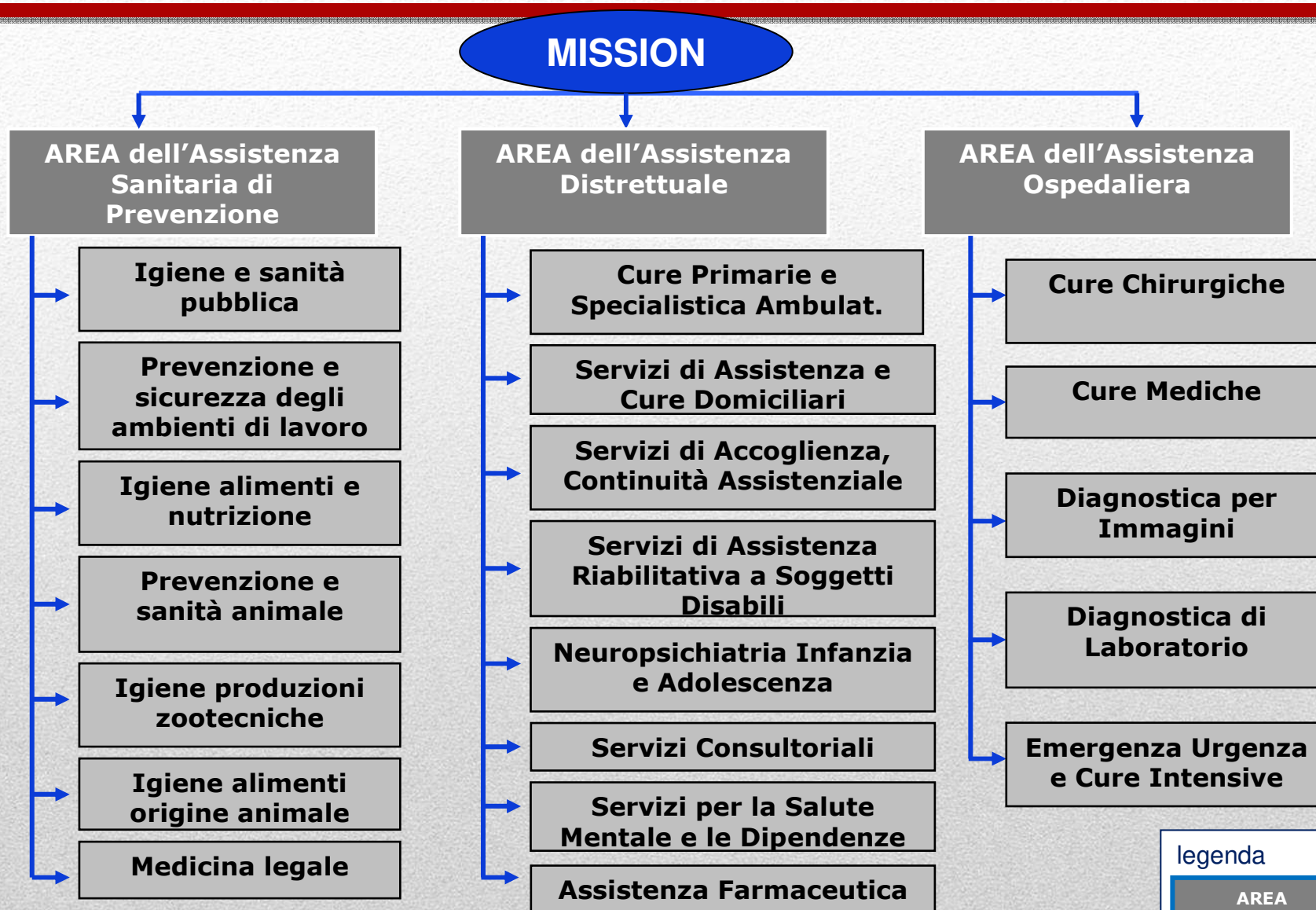
Altro ambito presidiato è stato quello della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione per cui ogni unità operativa ha relazionato in merito all'attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale e rispetto alle misure individuate e adottate di rispettiva pertinenza rispetto alla mappatura del rischio precedentemente redatta.

Per l'analisi specifica si rimanda alla sezione "Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti" di questa relazione.

OBIETTIVI:RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

- Albero della Performance
- Obiettivi Strategici
- Obiettivi Operativi e Individuali

Albero della Performance

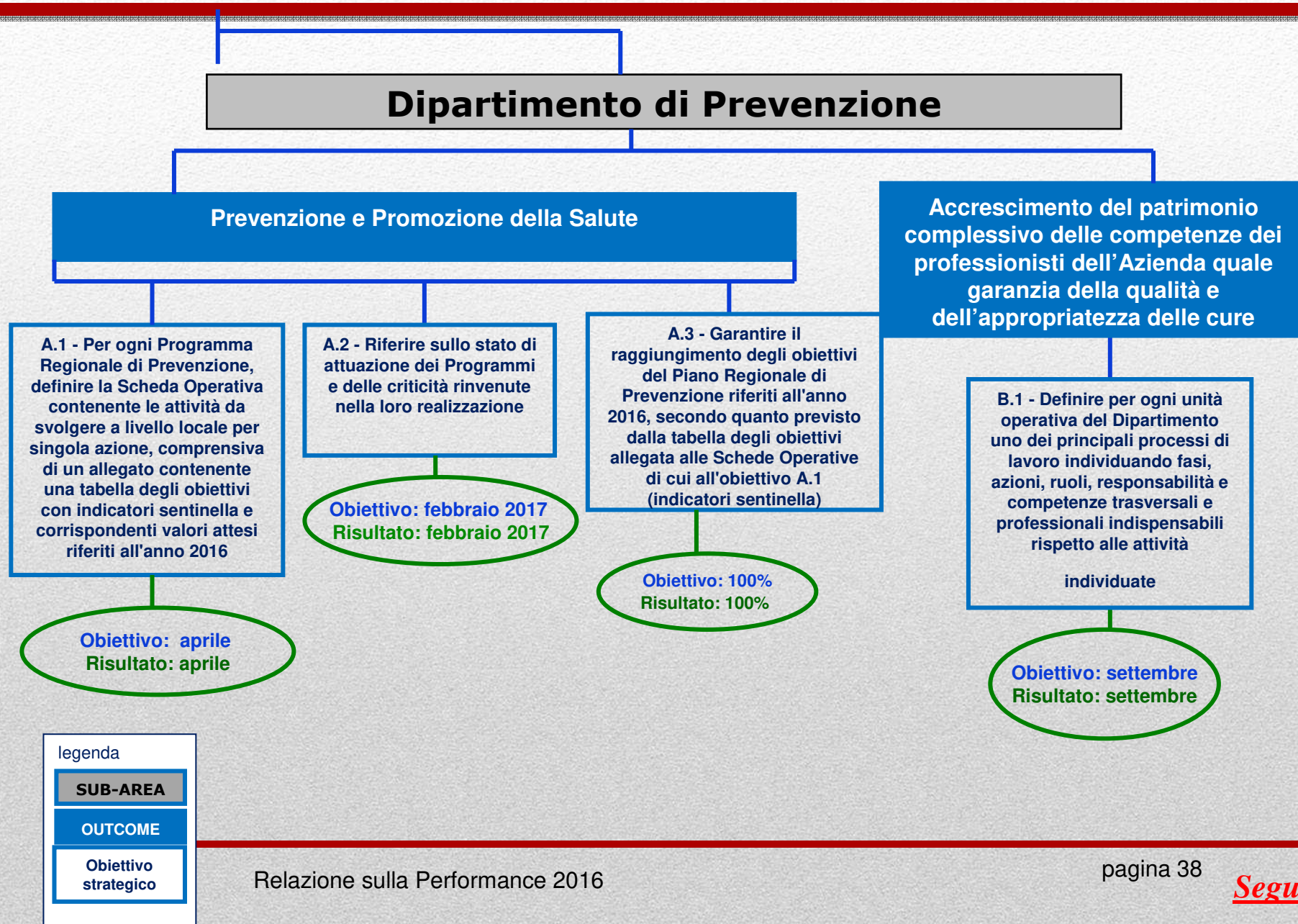


legenda

AREA
d'Intervento

SUB-AREA

Albero della Performance - Area dell'Assistenza Sanitaria di Prevenzione



Dipartimento di Prevenzione

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

C.1 - Predisporre i capitolati tecnici e la programmazione aziendale nei modi, contenuti e termini utili all'indizione di nuove gare e fornire al Servizio Provveditorato le informazioni tecnico/economiche utili all'approvvigionamento dei prodotti inseriti nei contratti scaduti o in scadenza a prezzi più favorevoli, anche mediante estensione di altre gare regionali/nazionali concernenti prodotti sovrapponibili a quelli in uso, nelle more dell'espletamento delle gare regionali/aziendali.
STERILIZZATO

Obiettivo: entro maggio tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0;
tra il 71% e il 90% punteggio pari a 7 e
>=90% punteggio pari a 15
Risultato: sterilizzato

C.2 - Produrre una relazione periodica sugli eventuali incrementi della spesa di farmaci e degli altri beni sanitari rispetto all'anno 2015, corredata da un'analisi delle criticità

Obiettivo: entro 45 gg successivi al trimestre di riferimento
Risultato: 100%

Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario

D.1 - Garantire la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi informativi attraverso la ricognizione dello stato dell'arte nell'utilizzo degli applicativi (in particolare modo degli applicativi SISAR) e nella creazione dei flussi informativi

Obiettivo: marzo
Risultato: marzo

Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione

E.1 Trasmettere al Responsabile della Trasparenza e Prevenzione Corruzione una relazione annuale contenente gli adempimenti della struttura in merito agli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale

Obiettivo: novembre
Risultato: 86%

Sviluppo delle attività di formazione e apprendimento

F.1 Partecipare a un evento formativo su "Gli strumenti della Clinical Governance"

Obiettivo: dicembre
Risultato: dicembre

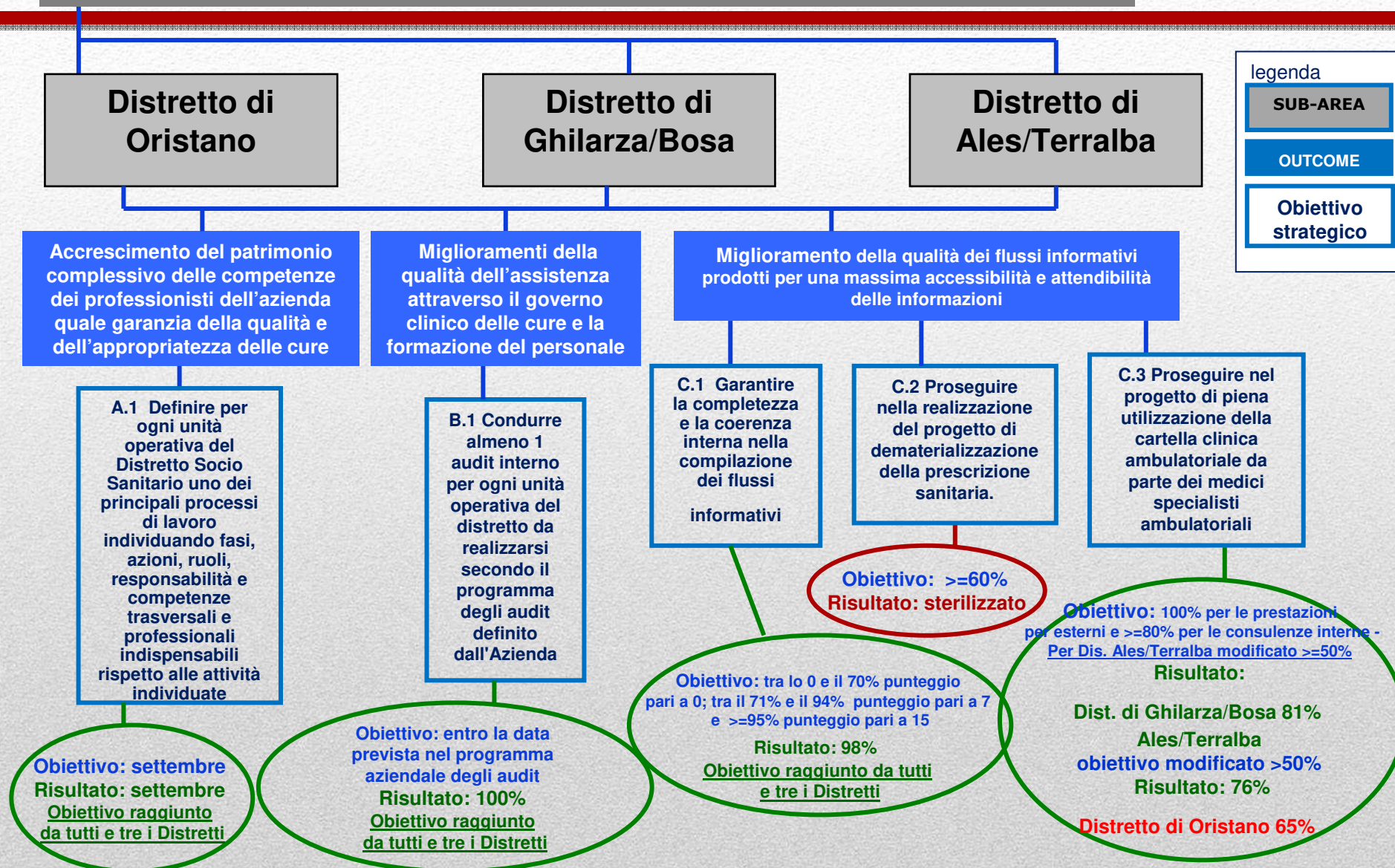
legenda

SUB-AREA

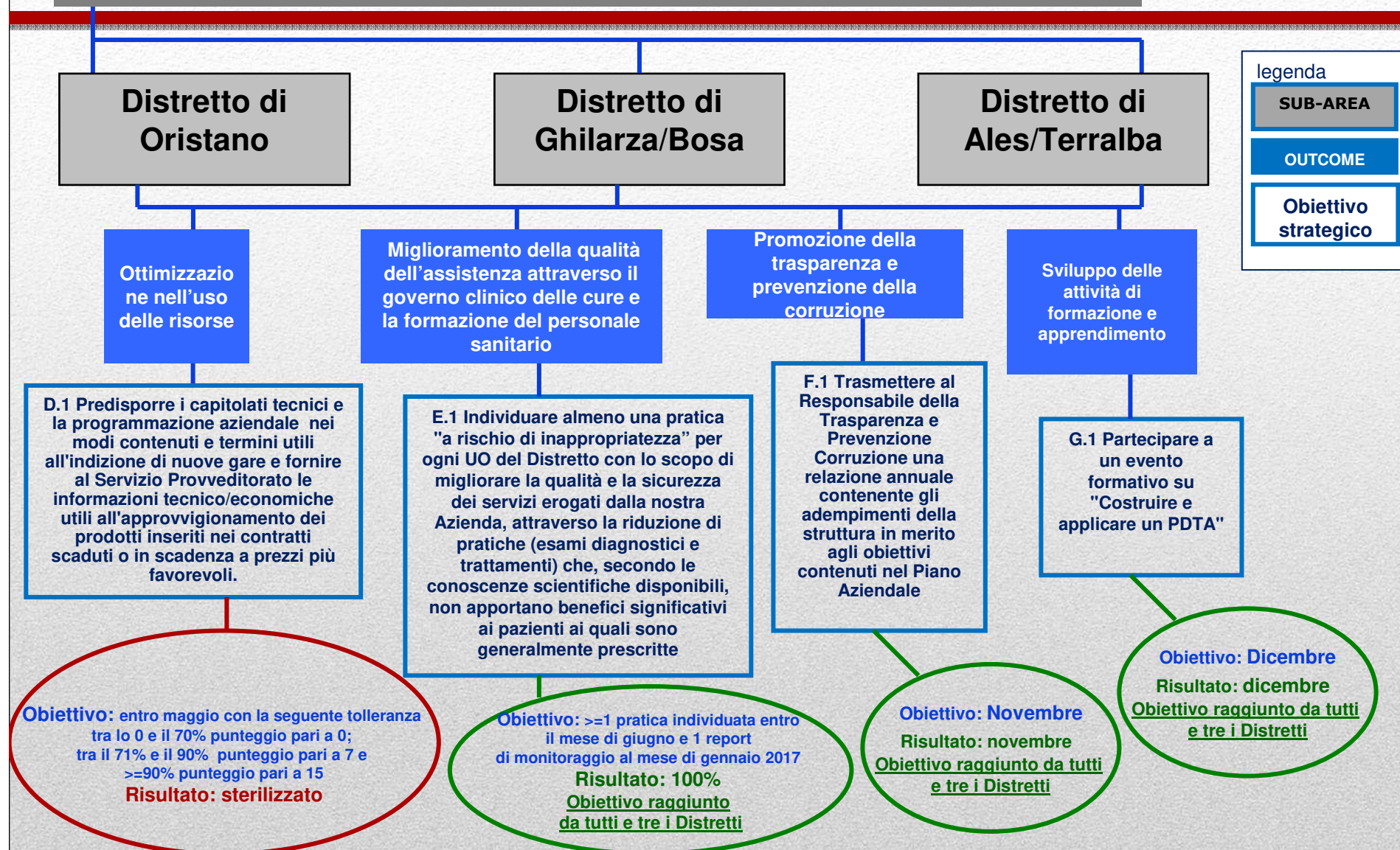
OUTCOME

Obiettivo strategico

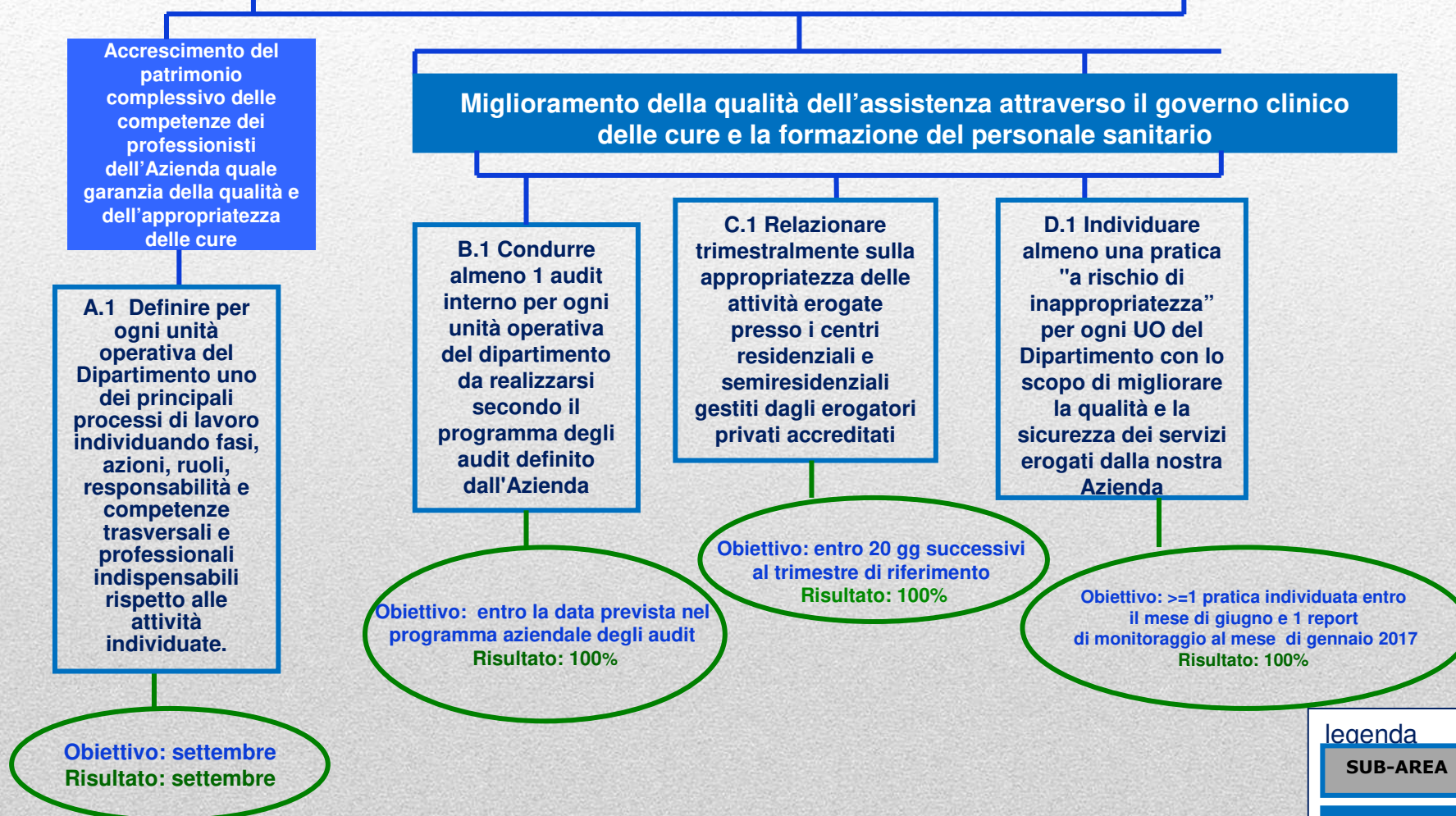
Albero della Performance - Area dell'Assistenza Distrettuale



Albero della Performance - Area dell'Assistenza Distrettuale



Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze



Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

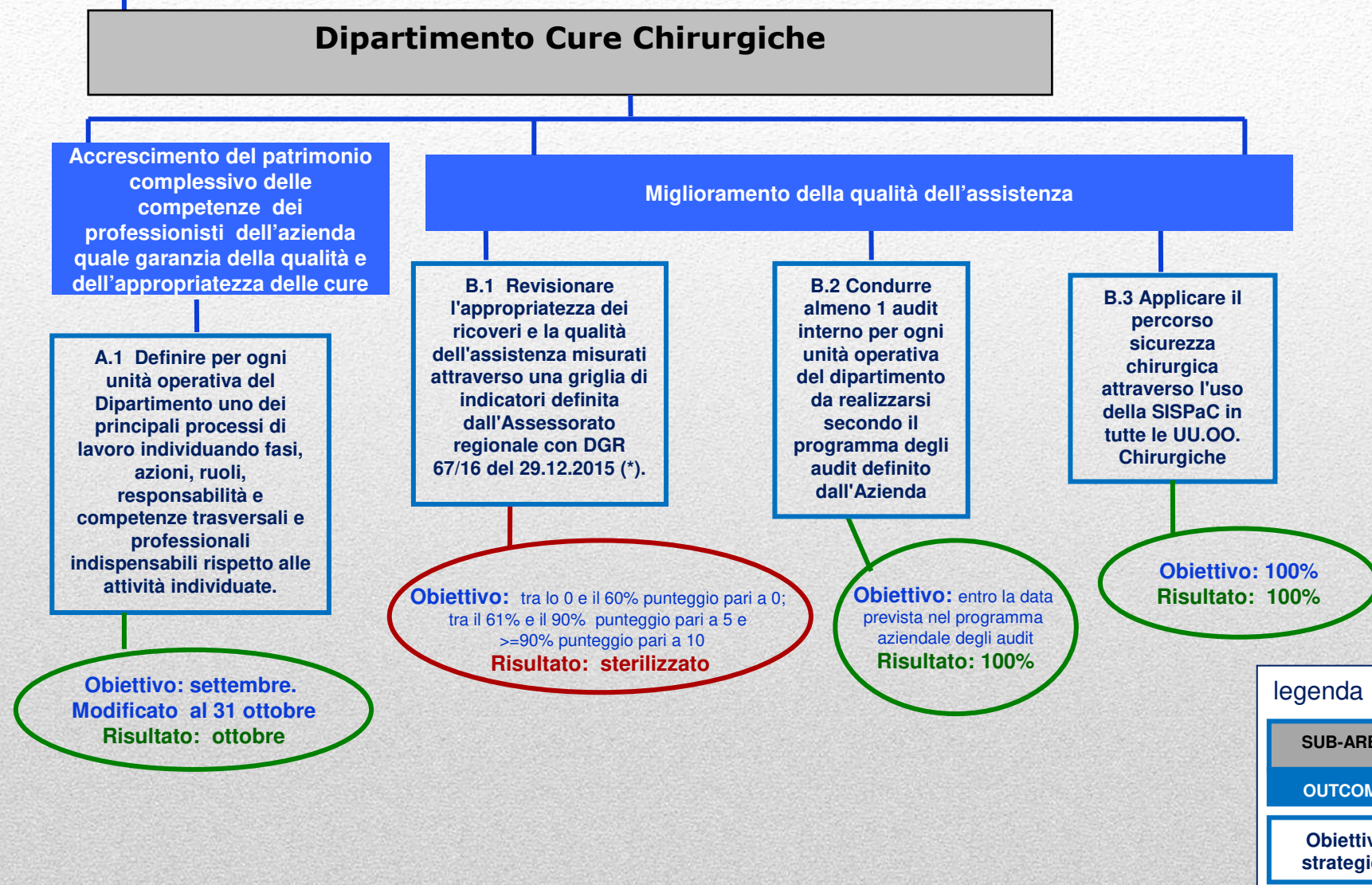


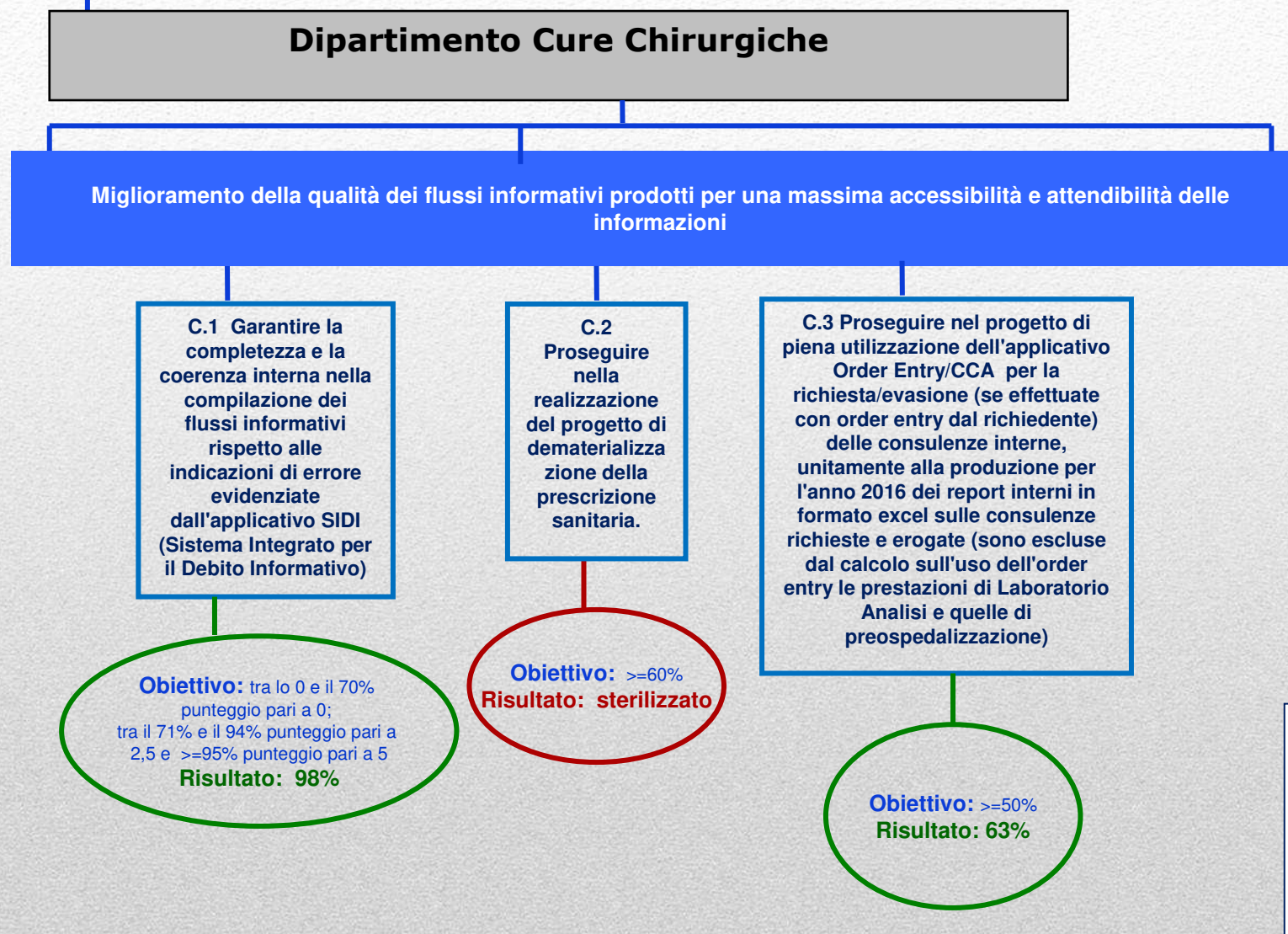
legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico





Dipartimento Cure Chirurgiche

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

D.1 Predisporre i capitolati tecnici e la programmazione aziendale nei modi, contenuti e termini utili all'indizione di nuove gare e fornire al Servizio Provveditorato le informazioni tecnico/economiche utili all'approvvigionamento dei prodotti inseriti nei contratti scaduti o in scadenza a prezzi più favorevoli, anche mediante estensione di altre gare regionali/nazionali concernenti prodotti sovrapponibili a quelli in uso, nelle more dell'espletamento delle gare regionali/aziendali

Obiettivo: entro maggio con la seguente tolleranza tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0; tra il 71% e il 90% punteggio pari a 5 e $\geq 90\%$ punteggio pari a 10
Risultato: sterilizzato

E.1 Produrre una relazione periodica sugli eventuali incrementi della spesa di farmaci e degli altri beni sanitari rispetto all'anno 2015, corredata da un'analisi delle criticità

Obiettivo: entro 45 giorni successivi al trimestre di riferimento
Risultato: 100%

F.1 Predisporre un documento condiviso con il l'UO di Anestesia e Rianimazione e la Direzione dei Presidi per la razionalizzazione delle attività anestesologiche a livello aziendale che consenta di contenere il costo delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive di anestesia per un ammontare che non superi il costo del personale vacante in organico

Obiettivo: marzo
Risultato: marzo

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento Cure Chirurgiche

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale sanitario

G.1 Individuare almeno una pratica "a rischio di inappropriatelyzza" per ogni UO del Dipartimento con lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati dalla nostra Azienda, attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte

Obiettivo: ≥ 1 pratica individuata entro il mese di giugno e 1 report di monitoraggio al mese di gennaio 2017
Risultato: 100%

Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione

H.1 Trasmettere al Responsabile della Trasparenza e Prevenzione Corruzione una relazione annuale contenente gli adempimenti della struttura in merito agli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale sulla Trasparenza e Prevenzione Corruzione

Obiettivo: Novembre
Risultato: 96%

Sviluppo delle attività di formazione e apprendimento

I.1 Organizzare degli eventi di formazione sul campo interdisciplinare sulle metodiche chirurgiche trattate in ambito dipartimentale

Obiettivo: dicembre
Risultato: dicembre

H.2 Partecipare a un evento formativo su "Costruire e applicare un PDTA"

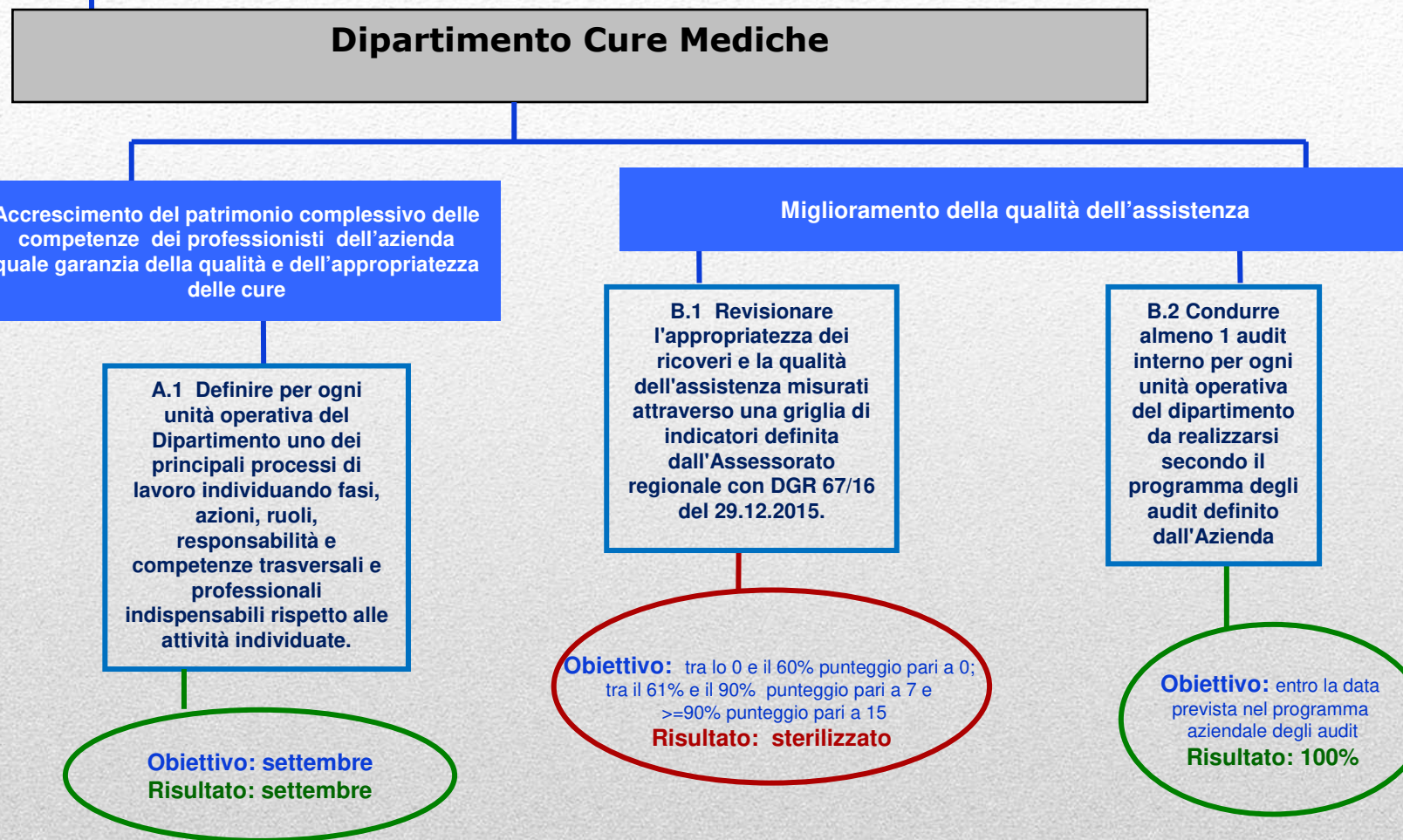
Obiettivo: dicembre
Risultato: 71%

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico



legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento Cure Mediche

Miglioramento della qualità dei flussi informativi prodotti per una massima accessibilità e attendibilità delle informazioni

C.1 Garantire la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi informativi

Obiettivo: tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0;
tra il 71% e il 94% punteggio pari a 7 e $\geq 95\%$ punteggio pari a 15

Risultato: 98%

C.2 Proseguire nella realizzazione del progetto di dematerializzazione della prescrizione sanitaria.

Obiettivo: $\geq 60\%$
Risultato: sterilizzato

C.3 Proseguire nel progetto di piena utilizzazione dell'applicativo Order Entry/CCA per la richiesta/evasione (se effettuate con order entry dal richiedente) delle consulenze interne, unitamente alla produzione per l'anno 2016 dei report interni in formato excel sulle consulenze richieste e erogate (sono escluse dal calcolo sull'uso dell'order entry le prestazioni di Laboratorio Analisi)

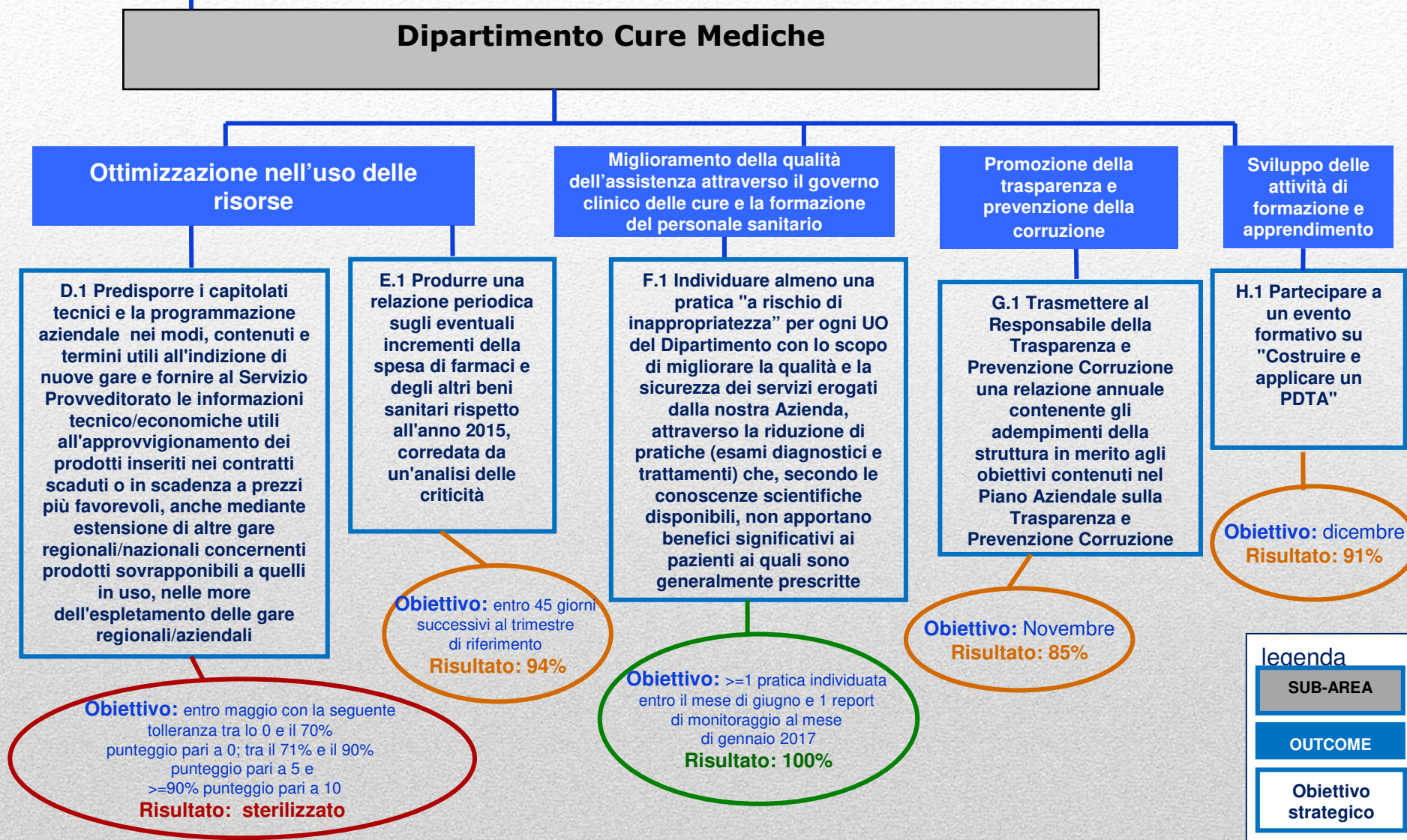
Obiettivo: $\geq 50\%$
Risultato: 66%

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico



Dipartimento dei Servizi di Diagnostica di laboratorio

Accrescimento del patrimonio complessivo delle competenze dei professionisti dell'azienda quale garanzia della qualità e dell'appropriatezza delle cure

A.1 Definire per ogni unità operativa del Dipartimento uno dei principali processi di lavoro individuando fasi, azioni, ruoli, responsabilità e competenze trasversali e professionali indispensabili rispetto alle attività individuate.

Obiettivo: settembre
Risultato: settembre

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale sanitario

B.2 Condurre almeno 1 audit interno per ogni unità operativa del dipartimento da realizzarsi secondo il programma degli audit definito dall'Azienda

Obiettivo: entro la data prevista nel programma aziendale degli audit
Risultato: 100%

Miglioramento della qualità dei flussi informativi prodotti per una massima accessibilità e attendibilità delle informazioni

C.1 Garantire la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi informativi

Obiettivo: tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0;
tra il 71% e il 94% punteggio pari a 5 e >=95% punteggio pari a 10
Risultato: 98%

C.2 Proseguire nella realizzazione del progetto di dematerializzazione della prescrizione sanitaria.

Obiettivo: >=60%
Risultato: sterilizzato

C.3 Proseguire nel progetto di piena utilizzazione dell'applicativo Order Entry/CCA per la richiesta/evasione (se effettuate con order entry dal richiedente) delle consulenze interne, unitamente alla produzione per l'anno 2016 dei report interni in formato excel sulle consulenze richieste e erogate (sono escluse dal calcolo sull'uso dell'order entry le prestazioni di Laboratorio Analisi). Obiettivo condizionato alla messa in funzione dell'integrazione tra applicativo in uso nel reparto e l'order entry

Obiettivo: >=50%
Risultato: sterilizzato

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento dei Servizi di Diagnostica di laboratorio

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

D.1 Predisporre i capitolati tecnici e la programmazione aziendale nei modi, contenuti e termini utili all'indizione di nuove gare e fornire al Servizio Provveditorato le informazioni tecnico/economiche utili all'approvvigionamento dei prodotti inseriti nei contratti scaduti o in scadenza a prezzi più favorevoli, anche mediante estensione di altre gare regionali/nazionali concernenti prodotti sovrapponibili a quelli in uso, nelle more dell'espletamento delle gare regionali/aziendali

Obiettivo: entro maggio con la seguente tolleranza tra lo 0 e il 70%
punteggio pari a 0; tra il 71% e il 90%
punteggio pari a 5 e
>=90% punteggio pari a 10
Risultato: sterilizzato

E.1 Produrre una relazione periodica sugli eventuali incrementi della spesa di farmaci e degli altri beni sanitari rispetto all'anno 2015, corredata da un'analisi delle criticità, condizionato alla puntualità nell'invio dei dati di attività

Obiettivo: entro 45 giorni successivi al trimestre di riferimento
Risultato: 100%

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale sanitario

F.1 Individuare almeno una pratica "a rischio di inappropriatezza" per ogni UO del Dipartimento con lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati dalla nostra Azienda, attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte

Obiettivo: >=1 pratica individuata entro il mese di giugno e 1 report di monitoraggio al mese di gennaio 2017
Risultato: 100%

Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione

G.1 Trasmettere al Responsabile della Trasparenza e Prevenzione Corruzione una relazione annuale contenente gli adempimenti della struttura in merito agli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale sulla Trasparenza e Prevenzione Corruzione

Obiettivo: Novembre
Risultato: novembre

Sviluppo delle attività di formazione e apprendimento

H.1 Partecipare a un evento formativo su "Costruire e applicare un PDTA"

Obiettivo: dicembre
Risultato: dicembre

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive

Accrescimento del patrimonio complessivo delle competenze dei professionisti dell'azienda quale garanzia della qualità e dell'appropriatezza delle cure

A.1 Definire per ogni unità operativa del Dipartimento uno dei principali processi di lavoro individuando fasi, azioni, ruoli, responsabilità e competenze trasversali e professionali indispensabili rispetto alle attività individuate.

Obiettivo: settembre
Risultato: settembre

Miglioramento della qualità dell'assistenza

B.1 Revisionare l'appropriatezza dei ricoveri e la qualità dell'assistenza misurati attraverso una griglia di indicatori definita dall'Assessorato regionale con DGR 67/16 del 29.12.2015.

Obiettivo: tra lo 0 e il 60% punteggio pari a 0;
tra il 61% e il 90% punteggio pari a 5 e
>=90% punteggio pari a 10
Risultato: sterilizzato

B.2 Condurre almeno 1 audit interno per ogni unità operativa del dipartimento da realizzarsi secondo il programma degli audit definito dall'Azienda

Obiettivo: entro la data prevista nel programma aziendale degli audit
Risultato: 100%

B.3 Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso l'uso della SISPaC in tutte le UU.OO. Chirurgiche

Obiettivo: 100%
Risultato: 100%

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive

Miglioramento della qualità dei flussi informativi prodotti per una massima accessibilità e attendibilità delle informazioni

C.1 Garantire la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi informativi

Obiettivo: tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0;
tra il 71% e il 94% punteggio pari a 2,5 e >=95% punteggio pari a 5
Risultato: 98%

C.2 Proseguire nella realizzazione del progetto di dematerializzazione della prescrizione sanitaria.

Obiettivo: >=60%
Risultato: sterilizzato

C.3 Proseguire nel progetto di piena utilizzazione dell'applicativo Order Entry/CCA per la richiesta/evazione (se effettuate con order entry dal richiedente) delle consulenze interne, unitamente alla produzione per l'anno 2016 dei report interni in formato excel sulle consulenze richieste e erogate (sono escluse dal calcolo sull'uso dell'order entry le prestazioni di Laboratorio Analisi)

Obiettivo: >=50%
Risultato: 81%

Ottimizzazione nell'uso delle risorse anche mediante la corretta programmazione dei fabbisogni

D.1 Predisporre i capitolati tecnici e la programmazione aziendale nei modi, contenuti e termini utili all'indizione di nuove gare e fornire al Servizio Provveditorato le informazioni tecnico/economiche utili all'approvvigionamento dei prodotti inseriti nei contratti scaduti o in scadenza a prezzi più favorevoli, anche mediante estensione di altre gare regionali/nazionali concernenti prodotti sovrapponibili a quelli in uso, nelle more dell'espletamento delle gare regionali/aziendali.

Obiettivo: entro maggio con la seguente tolleranza tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0; tra il 71% e il 90% punteggio pari a 5 e >=90% punteggio pari a 10
Risultato: sterilizzato

E.1 Produrre una relazione periodica sugli eventuali incrementi della spesa di farmaci e degli altri beni sanitari rispetto all'anno 2015, corredata da un'analisi delle criticità,

Obiettivo: entro 45 giorni successivi al trimestre di riferimento
Risultato: 100%

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento Emergenza Urgenza e Cure Intensive

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il governo clinico delle cure e la formazione del personale sanitario

F.1 Individuare almeno una pratica "a rischio di inappropriatezza" per ogni UO del Dipartimento con lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati dalla nostra Azienda, attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte

Obiettivo: >=1 pratica individuata entro il mese di giugno e 1 report di monitoraggio al mese di gennaio 2017
Risultato: 100%

Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione

G.1 Trasmettere al Responsabile della Trasparenza e Prevenzione Corruzione una relazione annuale contenente gli adempimenti della struttura in merito agli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale sulla Trasparenza e Prevenzione Corruzione

Obiettivo: Novembre
Risultato: novembre

Sviluppo delle attività di formazione e apprendimento

H.1 Partecipare a un evento formativo su "Costruire e applicare un PDTA"

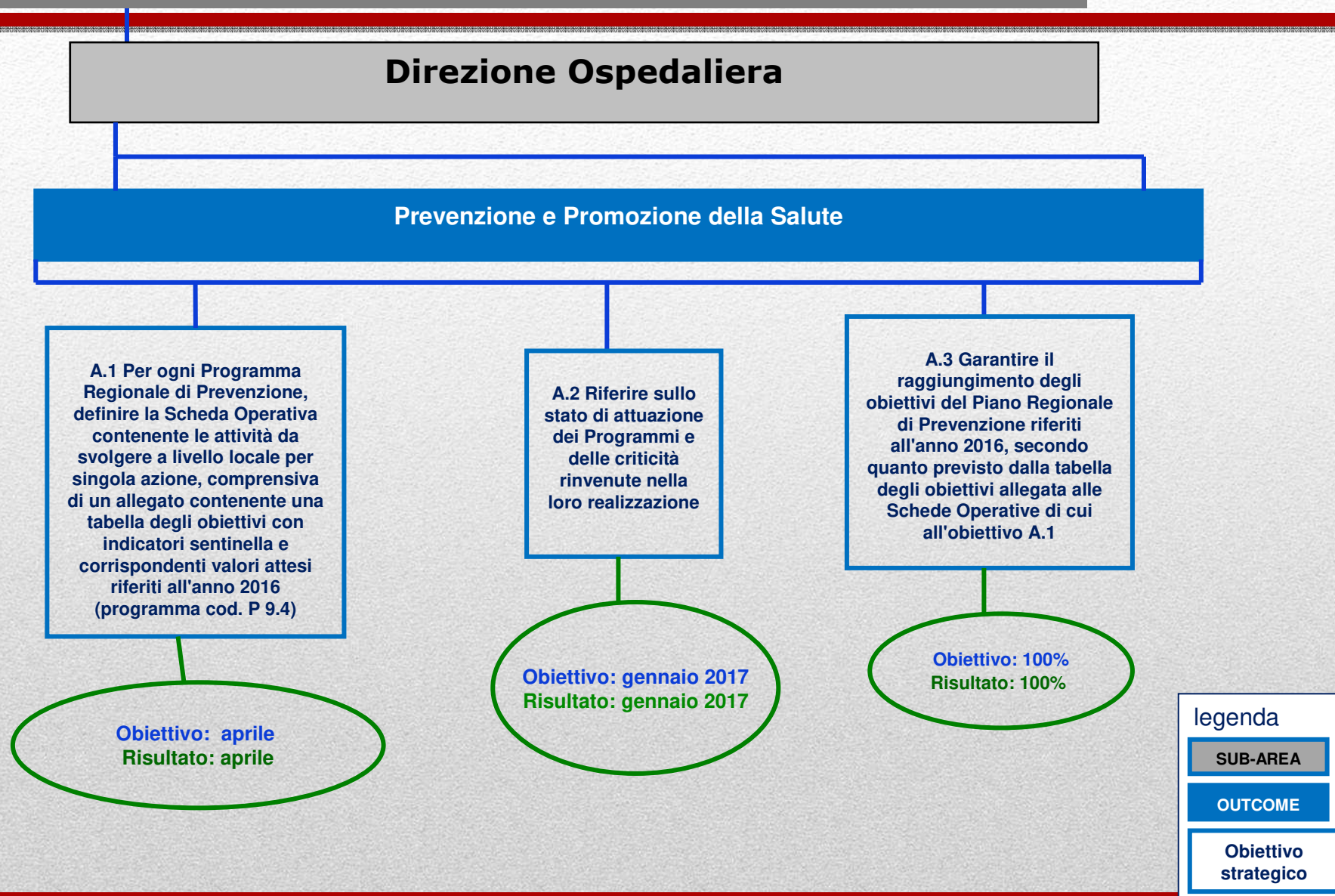
Obiettivo: dicembre
Risultato: 67%

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico



Direzione Ospedaliera

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

Azioni di miglioramento dei processi

B.1 Predisporre e avviare un piano di riorganizzazione dei servizi sanitari ospedalieri nei PPOO di Bosa e Ghilarza prevedendo l'avvio del piano unico di degenza (cure mediche e chirurgiche) e l'avvio della guardia attiva notturna e festiva interdipartimentale (PS, Medicina e Chirurgia)

Obiettivo: marzo
Risultato: marzo

C.1 Avviare gli incontri di un gruppo di lavoro in ogni distretto composto da un rappresentante dei MMG e degli specialisti ambulatoriali, dal direttore del distretto, dal Direttore dei presidi, da farmacisti per l'esame del comportamento prescrittivo

Obiettivo: ≥ 4
Risultato: 4

D.1 Predisporre i capitolati tecnici secondo il format che verrà inviato e la programmazione aziendale nei modi, contenuti e termini utili all'indizione di nuove gare e fornire al Servizio Provveditorato le informazioni tecnico/economiche utili all'approvvigionamento dei prodotti inseriti nei contratti scaduti o in scadenza a prezzi più favorevoli, anche mediante estensione di altre gare regionali/nazionali concernenti prodotti sovrapponibili a quelli in uso, nelle more dell'espletamento delle gare regionali/aziendali.

Obiettivo: entro maggio con la seguente tolleranza
tra lo 0 e il 70% punteggio pari a 0;
tra il 71% e il 90% punteggio pari a 2,5 e
 $\geq 90\%$ punteggio pari a 5
Risultato: sterilizzato

D.2 Predisporre il capitolato tecnico per la gara relativa alla gestione del bar presso il presidio ospedaliero San Martino di Oristano

Obiettivo: marzo
Risultato: marzo

E.1 Definire uno dei principali processi di lavoro individuando fasi, azioni, ruoli, responsabilità e competenze trasversali e professionali indispensabili rispetto alle attività individuate.

Obiettivo: settembre
Risultato: settembre

F.1 Garantire un monitoraggio costante sulla completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi informativi rispetto alle indicazioni di errore evidenziate dall'applicativo SIDI (Sistema Integrato per il Debito Informativo)

Obiettivo: entro settembre e febbraio 2017
Risultato: 80%

legenda

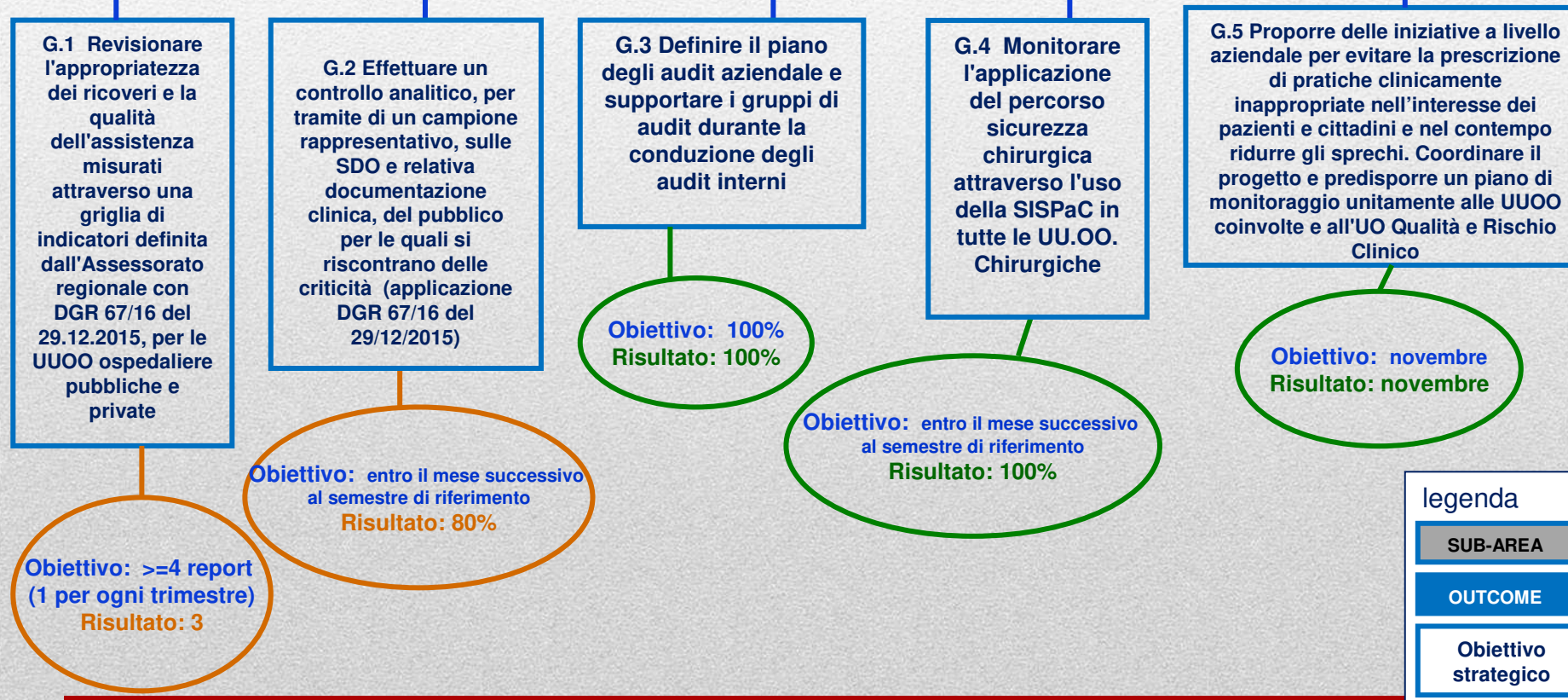
SUB-AREA

OUTCOME

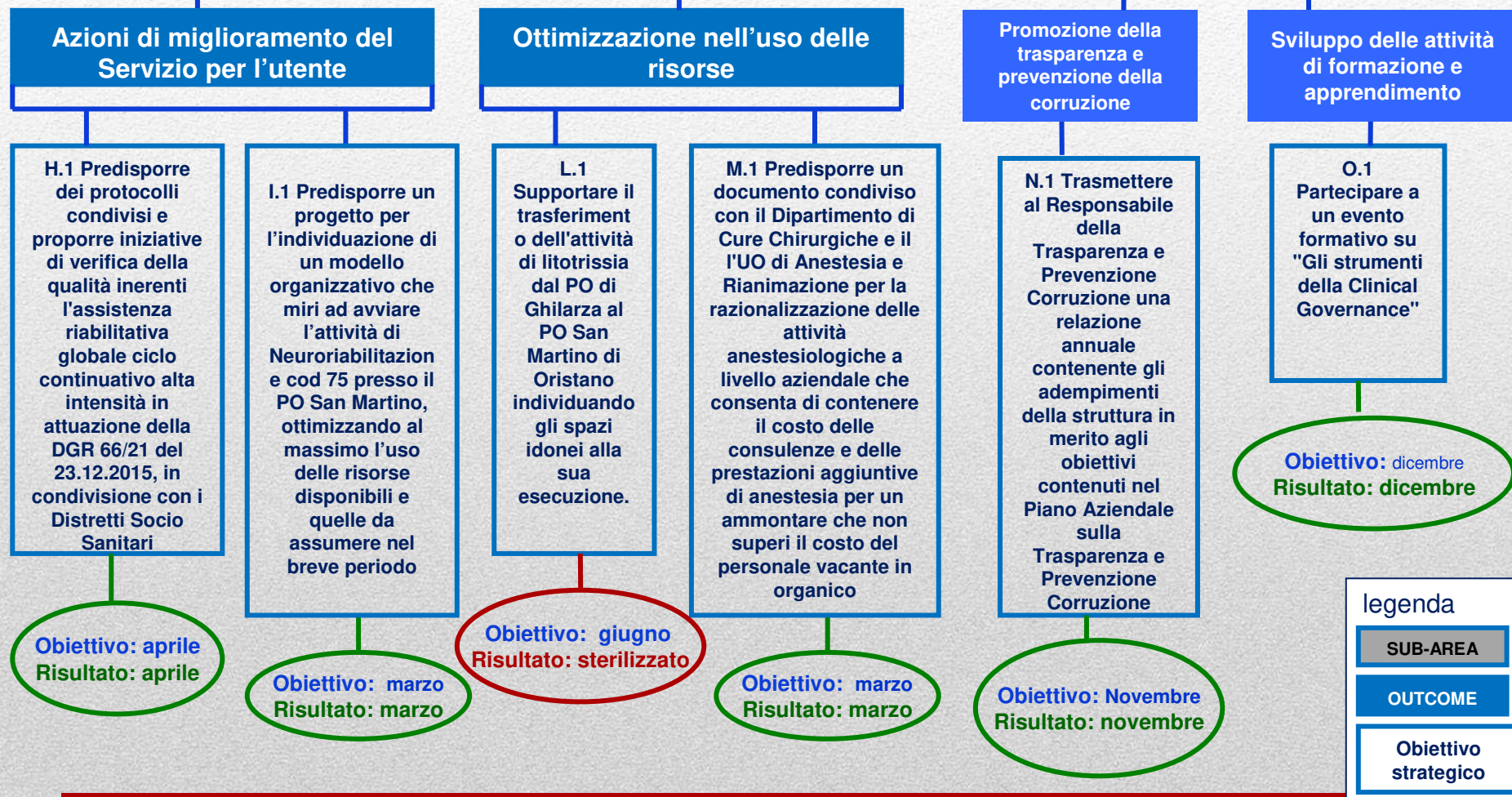
Obiettivo strategico

Direzione Ospedaliera

Azioni di miglioramento dei processi



Direzione Ospedaliera



Dipartimento Area Amministrativa

Accrescimento del patrimonio complessivo delle competenze dei professionisti dell'Azienda quale garanzia della qualità e dell'appropriatezza delle cure

A.1 Definire per ogni unità operativa del Dipartimento uno dei principali processi di lavoro individuando fasi, azioni, ruoli, responsabilità e competenze trasversali e professionali indispensabili rispetto alle attività individuate.

Obiettivo: settembre
Risultato: settembre

Miglioramento della qualità dei flussi informativi prodotti per una massima accessibilità e attendibilità delle informazioni

B.1 Garantire la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi economico finanziari (CE e SP)

Obiettivo: secondo le scadenze previste o richieste dalla RAS
Risultato: 100%

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

C.1 Monitorare l'andamento dei costi complessivi della produzione a livello delle singole componenti e il rispetto degli obiettivi posti a livello nazionale quali il contenimento dei costi del personale dipendente e non; il contenimento del costo dei farmaci a livello territoriale ed ospedaliero; il contenimento del costo di acquisto dei beni e servizi, ecc., in condivisione con il Servizio Programmazione e Controllo

Obiettivo: n 1 relazione per ogni trimestre entro 10 giorni dalla chiusura del CE trimestrale
Risultato: 100%

Miglioramento dei processi di lavoro

D.1 Dare attuazione al percorso della certificabilità del bilancio secondo le indicazioni regionali

Obiettivo: 100%
Risultato: 100%

E.1 Per ciascun progetto gestito con fondi vincolati (ufficio autorizzativo Gestione Finanziamenti Vincolati (UAB_PJ)) monitorare l'andamento della spesa e disponibilità di fondi

Obiettivo: entro il mese successivo al semestre di riferimento
Risultato: 100%

legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

Dipartimento Area Amministrativa

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

F.1 Rispettare il contenuto della delibera n 46 del 9 gennaio 2013, relativa alla procedura sulla corretta imputazione ai centri di costo

Obiettivo: errori <=10%
Risultato: 2.86% di errore

Ottimizzazione nell'uso delle risorse

G.1 Applicare correttamente le linee guida per i procedimenti ordini/liquidazione e per l'uso della procedura ATTI-AMC (delibera DG n. 1067 del 2013 e successive disposizioni sul sistema autorizzativo)

Obiettivo: errori <=5%
Risultato: 3.73% di errore

Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione

H.1 Trasmettere al Responsabile della Trasparenza e Prevenzione Corruzione una relazione annuale contenente gli adempimenti della struttura in merito agli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale sulla Trasparenza e Prevenzione Corruzione

Obiettivo: novembre
Risultato: novembre

Sviluppo delle attività di formazione e apprendimento

I.1 Progettare e partecipare all'evento formativo su "La Riforma della PA"

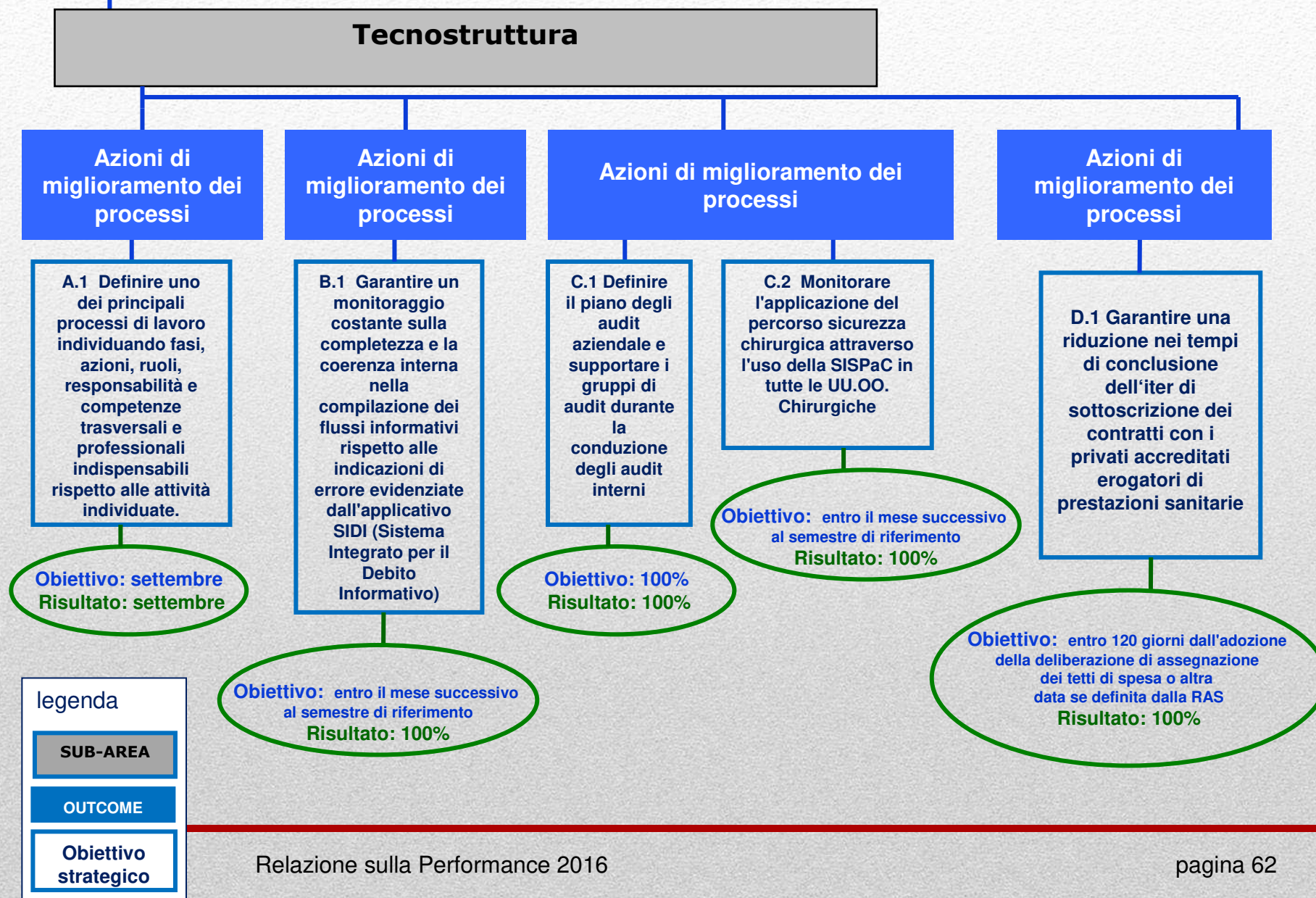
Obiettivo: dicembre
Risultato: dicembre

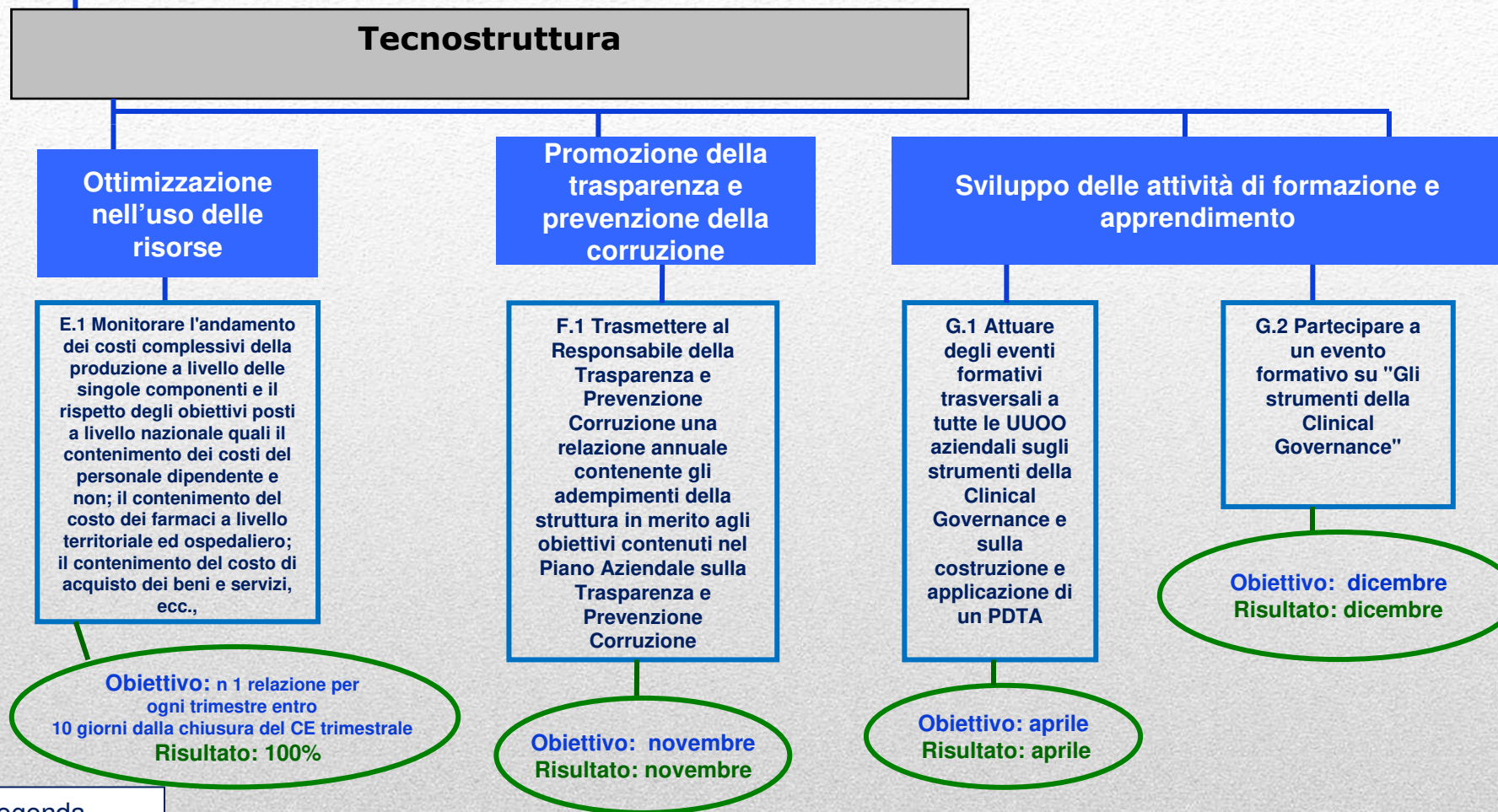
legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico





legenda

SUB-AREA

OUTCOME

Obiettivo strategico

La definizione degli obiettivi strategici e operativi è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di definizione del bilancio di previsione.

Questa integrazione è stata realizzata attraverso:

- un parallelo di programmazione e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori: dagli Staff di Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, alle macrostrutture e alle strutture appartenenti ai dipartimenti assistenziali e ai distretti nonché alle strutture tecniche ed amministrative

La misurazione dei risultati degli obiettivi sia strategici che operativi è avvenuta in due momenti: a ottobre 2016 per verificarne l'andamento e per rimodulare alcuni obiettivi, e a maggio 2017 per la verifica definitiva dei risultati raggiunti. La rappresentazione in tabella degli obiettivi strategici e dei risultati è contenuta nell'allegato 2).

Gli Obiettivi Strategici - Il livello della Prevenzione

Con l'approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014 - 2018 di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16.06.2015 e alla Determina RAS n. 1140 del 02.11.2015, presso la nostra ASL sono state attivate nel corso dell'anno 2016, iniziative a livello aziendale e dipartimentale.

Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 899 del 23.12.2015 è stato adottato il modello organizzativo per l'attuazione del PRP con la definizione dei componenti del Gruppo di Coordinamento Aziendale e la nomina dei Referenti dei 24 Programmi.

Oltre agli operatori afferenti ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione (SISP, SIAN, SSA, SIAOA, SIAPZ, SPreSAL) nella predisposizione ed attuazione del Piano Locale di Prevenzione sono state coinvolte le unità operative di Direzione Sanitaria Ospedaliera del San Martino di Oristano, le Direzioni dei Distretti Socio Sanitari con i Consultori Familiari di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa, il Dipartimento di Salute Mentale, le unità operative di Ginecologia e Ostetricia, di Pediatria e Neonatologia, di Pneumologia, di Radiodiagnostica, di Endoscopia digestiva, di Anatomia Patologica, del Laboratorio di analisi, del Pronto Soccorso, del 118, di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, oltre all'unità operativa Formazione e il Servizio Informatico Aziendale.

Gli Obiettivi Strategici - Il livello della Prevenzione

La ASL di Oristano inoltre è stata individuata come capofila per le attività di informazione e formazione regionale su diverse aree tematiche per le quali nell'anno 2016 sono stati realizzati diversi eventi formativi.

A fine anno i referenti hanno relazionato in merito all'attuazione delle azioni e hanno segnalato le criticità riscontrate durante la realizzazione delle stesse. In data 15.02.2017 il Gruppo di Coordinamento ha approvato le risultanze della valutazione effettuata.

Il monitoraggio ha messo in evidenza l'attuazione della quasi totalità delle azioni previste nei diversi programmi secondo quanto definito nel cronoprogramma per l'anno 2016.

Non sono state attuate le azioni che prevedevano atti preliminari di competenza del Servizio della Prevenzione e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale, attraverso le indicazioni fornite dai vari gruppi di programmazione istituiti.

Tutti gli indicatori sentinella di competenza della ASL di Oristano sono stati raggiunti, con la sola eccezione delle percentuali dei valori relativi agli screening mammografico e del colon retto (realizzati rispettivamente per il 43% e 54% rispetto ad un valore atteso del 75%). Le cause sono da ricondursi alla carenza del personale da dedicare alle attività a vario titolo necessarie per l'espletamento degli screening.

I risultati raggiunti dalle macrostrutture e strutture aziendali del **livello Assistenziale Territoriale** sono di seguito rappresentati.

Rispetto all'outcome di miglioramento nell'accessibilità delle informazioni l'obiettivo di dematerializzazione delle prescrizioni sanitarie non è stato possibile misurarlo, rispetto all'indicatore individuato (numero di ricette dematerializzate/ricette totali emesse), in quanto non si dispone al momento del totale delle ricette emesse con "ricetta rossa". Tuttavia risulta che la percentuale di medici che hanno emesso ricette dematerializzate è in media pari all'83%.

Il risultato dell'obiettivo sull'utilizzo dell'applicativo "Cartella Clinica Ambulatoriale" da parte dei medici specialisti ambulatoriali, registra una media che si attesta sul 74%, con l'auspicio di un miglioramento del risultato nell'anno in corso.

La coerenza e completezza sui principali flussi informativi di pertinenza territoriale, soprattutto file C, che registra le prestazioni della specialistica ambulatoriale, misurati mediante l'applicativo SIDI (Sistema Integrato per il Debito Informativo) ha registrato mediamente una percentuale del 98%.

Per quanto attiene ai risultati sul miglioramento della qualità dell'assistenza ricercati attraverso l'uso degli strumenti della clinical governance si segnalano i seguenti risultati.

Gli eventi formativi con l'attivazione di diversi corsi, è stata mirata a supportare metodologicamente le unità operative coinvolte rispetto agli elaborati prodotti quali: alcuni PDTA redatti in condivisione con il livello assistenziale ospedaliero; l'elaborazione di un documento contenente, per uno dei principali processi di lavoro, ruoli, responsabilità e la mappatura delle competenze trasversali e professionali indispensabili a supportarlo; il modello organizzativo del sistema integrato dei servizi da offrire in relazione al dimensionamento delle diverse Case della Salute e i meccanismi di monitoraggio per valutarne l'efficacia dei risultati.

Inoltre all'interno del progetto "Giri per la Qualità e per la Sicurezza" organizzato dal Servizio Qualità i professionisti sono stati coinvolti sul campo, nell'applicazione degli altri strumenti del governo clinico.

Come già detto inoltre, a livello territoriale è stata individuata, per ogni unità operativa una pratica "a rischio di inappropriatezza" da monitorare.

Sul fronte dell'ottimizzazione nell'uso delle risorse sono stati sottoposti ad attento monitoraggio i consumi dei farmaci e degli altri beni sanitari, per i quali la farmacia territoriale ha prodotto report trimestrali dei consumi, rispetto ai quali i direttori di struttura hanno giustificato eventuali incrementi della spesa, in considerazione dei consumi dell'anno precedente e in rapporto all'attività erogata.

Ad ogni unità operativa sono stati posti specifici obiettivi di contenimento dei costi anche in riferimento alle disposizioni contenute nella DGR 54/11 del 10.11.2015 di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica per l'anno 2016.

Come richiesto negli obiettivi assegnati ai direttori di struttura del livello territoriale, da un punto di vista del controllo della spesa, si è proseguito anche nel 2016 con un continuo confronto e dialogo con i medici prescrittori, mediante l'organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmacoeconomia e farmacovigilanza.

Il risparmio realizzato sulla spesa farmaceutica territoriale è pari a euro 2.105.000, superiore rispetto a quello concordato con l'Assessorato Regionale in merito al piano di rientro per l'anno 2016, pari a euro 1.428.000.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici dell'assistenza territoriale si fa menzione all'attivazione, nel corso dell'anno 2016, di due Case della Salute (Laconi e Samugheo) e l'attivazione di ambulatori di continuità assistenziale delle cure primarie come richiesto tra gli obiettivi dei Direttori di Distretto. Non è stato possibile invece attivare le Case della Salute di Ghilarza e Oristano e gli ambulatori di cure primarie di Ghilarza e Terralba.

Altro fronte sul quale è stato chiesto di intervenire riguardava la rideterminazione del fabbisogno della medicina specialistica ambulatoriale, razionalizzando il ricorso alle sostituzioni per le assenze dei medici, in occasione di ferie programmate, malattia, etc., senza peraltro pregiudicare le liste d'attesa. Tale azione ha comportato un risparmio di 260.000 euro.

Nell'ambito dell'Assistenza Farmaceutica, relativamente all'obiettivo inerente la realizzazione del magazzino unico aziendale, esso è stato realizzato nel corso dell'anno 2016 unificando il magazzino farmaceutico ospedaliero e territoriale.

I risultati raggiunti dalle macrostrutture e strutture aziendali del **livello Assistenziale Ospedaliero** sono di seguito rappresentati.

Rispetto all'outcome di miglioramento nell'accessibilità delle informazioni, anche per il livello ospedaliero l'obiettivo di dematerializzazione delle prescrizioni sanitarie non è stato possibile misurarlo rispetto all'indicatore individuato. Tuttavia risulta che la percentuale di medici che hanno emesso ricette dematerializzate è superiore all'80%.

Rispetto all'obiettivo del 50% di utilizzo dell'applicativo order entry per l'evasione delle consulenze la media dei due dipartimenti si attesta sul 64%, con l'auspicio di un miglioramento del risultato nell'anno in corso.

La coerenza e completezza sui principali flussi informativi di pertinenza ospedaliera (file C, A, L), misurati mediante l'applicativo SIDI (Sistema Integrato per il Debito Informativo) ha registrato mediamente percentuali che vanno oltre il 97%.

Sui risultati nel miglioramento della qualità dell'assistenza, ricercati attraverso l'uso degli strumenti della clinical governance, valgono le stesse considerazioni fatte per il livello territoriale. In merito agli audit organizzati e che hanno riguardato diverse unità operative sia ospedaliere che territoriali, se ne citano alcuni:

- Appropriatezza prescrittiva della terapia anticoagulante orale” per la prevenzione primaria del cardio-embolismo nei pazienti con Fibrillazione Atriale”;
- Aderenza al percorso Aziendale per la Gestione della BPCO;
- Aderenza alla Raccomandazione del Ministero della Salute “ La sicurezza in sala operatoria” compresa l'adozione del modello regionale della check list (SISPAC)”;
- Appropriatezza della scelta del setting assistenziale nella gestione dell'asma e della gastroenterite in età pediatrica;
- L'applicazione del percorso relativo alla dimissione protetta dall'U.O. di Medicina Interna in ADI;
- L'applicazione della procedura ” linee guida aziendali Percorso PUA”;
- Requisiti e criteri per l'accreditamento, (D.G.R. n. 42/42 del 16.10.2013 con particolare riferimento a Prestazioni e Servizi).

Gli Obiettivi Strategici - Il livello dell'Assistenza Ospedaliera

In merito agli esiti delle cure in ambito ospedaliero, si sono riproposti anche per l'anno 2016 ottimi risultati sui principali indicatori di performance assistenziali.

Rispetto all'obiettivo posto sulla revisione dell'appropriatezza dei ricoveri e la qualità dell'assistenza misurata attraverso una griglia di indicatori definita dall'Assessorato Regionale con DGR 67/16 del 22.12.2015, non si è potuto procedere ad un esame dei risultati in quanto alla DGR non si è dato seguito mediante l'individuazione di uno standard di riferimento. Si riportano tuttavia i risultati rispetto agli indicatori di appropriatezza ospedalieri, proposti dalla Regione Sardegna quali obiettivi per i Direttori Generali per gli anni 2012-2016, e per i quali erano stati individuati gli standard attesi per l'anno 2016.

Indicatore	standard atteso per l'anno 2016	Valore rilevato nell' anno 2016	Valore rilevato nell' anno 2015
% ricoveri diurni medici con finalità diagnostica (riduzione dei ricoveri evitabili)	23%	15,38%	23%
% ricoveri ordinari medici brevi (0-2gg)(riduzione dei ricoveri evitabili)	17%	16,59%	15%
% ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza (miglioramento dell'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale)	87%	92,43%	92%
% re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC (evitare i ricoveri ripetuti)	4%	3,14%	3%
degenza media per ricoveri con DRG chirurgico (migliorare l'efficienza nei reparti chirurgici)	6,70%	6,96%	6%

Sempre in merito agli esiti delle cure, dal Piano Nazionale Esiti ed. 2016, il rapporto che l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) stila annualmente per conto del Ministero della Salute per verificare i livelli di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure erogate dal servizio sanitario risultano dati più che soddisfacenti per la ASL di Oristano.

In campo chirurgico, l'indagine condotta dall'Agenas prende in considerazione le colecistectomie: la rimozione dei calcoli per via laparoscopica, comporta un ricovero e una convalescenza più brevi rispetto al cosiddetto intervento "a cielo aperto". Per valutare la performance della struttura viene utilizzata la durata della degenza post-operatoria che, per raggiungere un livello ottimale, dovrebbe essere inferiore a tre giorni per almeno il 70% dei pazienti operati. Una percentuale che l'Unità Operativa di Chirurgia di Oristano, supera abbondantemente, con oltre l'85.96 per cento di pazienti operati per via laparoscopica e dimessi entro i tre giorni nell'anno 2015. Altro indicatore utile a misurare la qualità delle cure è il volume di attività, perciò se una struttura per essere qualificata dovrebbe eseguire almeno 90 interventi all'anno, emerge che l'UO di Chirurgia PO San Martino ne effettua 169.

Un altro dei parametri per misurare la qualità delle strutture sanitarie è quello relativo alla tempestività nel trattamento della frattura del femore. L'intervento di tutti i servizi coinvolti (Pronto Soccorso, Anestesia, Cardiologia, Ortopedia) entro due giorni nei soggetti di età superiore ai 65 anni che abbiano subito questo tipo di trauma, significa ridurre notevolmente i tassi di mortalità e di morbidità, ovvero la possibilità di sviluppare patologie e problemi postoperatori. Ma accorciare i tempi che intercorrono fra il trauma e l'intervento significa anche risparmiare risorse da reinvestire nel servizio sanitario, in quanto si riducono i giorni di degenza. Quindi una doppia efficacia, in termini clinici ed economici. Scorrendo il Programma Nazionale Esiti emerge che, posto che per raggiungere un buono standard almeno il 60% dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura del collo del femore dovrebbe essere operato entro 48 ore, l'ospedale San Martino nel 2015 ne ha effettuato il 73,80%. Quanto al volume di attività – altro indicatore utile a misurare la qualità delle cure – se una struttura, per essere qualificata, dovrebbe eseguire almeno 75 interventi per frattura del femore all'anno, emerge che l'UO di Ortopedia e Traumatologia del PO San Martino ne effettua 174, più del doppio rispetto alla soglia minima.

Risultati positivi anche per l'area ostetrico-ginecologica, dove un criterio fondamentale per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti è la proporzione dei parti eseguiti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo di una donna) rispetto al numero totale dei parti. Meno cesarei tendono a riflettere una pratica clinica più appropriata, facendo prediligere il parto naturale che in condizioni normali comporta meno complicanze per la donna. Nel reparto di Ostetricia e Ginecologia oristane, i cesarei primari nel 2015 si sono attestati al 21,5% del totale, la percentuale più bassa in Sardegna, contro una media nazionale che è del 25.11%. Inoltre il numero dei cesarei nel PO San Martino, come dimostra l'indagine Agenas, è in continuo calo dal 2008.

Altro obiettivo posto sia a livello ospedaliero che territoriale ha riguardato l'individuazione, per ogni unità operativa aziendale, di almeno una pratica "a rischio di inappropriatezza".

Nel rispetto del progetto aziendale "Ospedali e Territori Slow", tale lavoro, supportato dal Servizio Qualità e Rischio Clinico, ha condotto all'individuazione di 35 pratiche, prevedendo per ognuna l'evidenza scientifica della pratica appropriata proposta, dello standard di riferimento e quindi di meccanismi di monitoraggio rispetto alle precedenti prassi.

Ciò oltre a limitare i comportamenti inappropriati permette di dirottare risorse investendole ove è più utile.

Sono stati sottoposti ad attento monitoraggio i consumi di farmaci e degli altri beni sanitari, per i quali le farmacie hanno prodotto report trimestrali dei consumi, rispetto ai quali i direttori di struttura hanno giustificato eventuali incrementi della spesa in considerazione dei consumi dell'anno precedente e in rapporto all'attività erogata.

Ciò ha consentito una maggiore responsabilizzazione non solo dei gestori delle risorse ma soprattutto degli utilizzatori finali. Sono stati raggiunti gli obiettivi di riduzione della spesa per l'acquisto di materiale per l'emodinamica, si è ridotta la spesa per l'acquisto di materiale per la dialisi e rimangono alti gli impieghi di medicinali biosimilari. Aumenta invece la spesa per i farmaci innovativi ad alto costo soprattutto oncologici e oncoematologici.

Sul fronte dell'assistenza ospedaliera gli obiettivi operativi che hanno avuto impatto sui modelli organizzativi hanno riguardato in sintesi:

- nei presidi di rete di Bosa e Ghilarza l'attivazione del piano unico delle degenze (di cure mediche e chirurgiche), per consentire un più razionale utilizzo delle risorse infermieristiche;
- sempre nei presidi di rete di Bosa e Ghilarza, l'attivazione di una guardia attiva interdivisionale, coinvolgendo i medici del Pronto Soccorso, della Medicina Interna. Ciò data la bassa complessità della casistica trattata e il basso numero degli accessi al Pronto Soccorso, soprattutto nelle fasce orarie notturne
- dal mese di agosto 2016 l'attività di neuroriabilitazione codice 75 è gestita presso il PO San Martino di Oristano a seguito dell'autorizzazione da parte della Regione all'assunzione del personale necessario e all'accreditamento della struttura. Dal mese di settembre e per tutto l'anno 2016, terminato il percorso di formazione del personale presso l'AO Brotzu, è stata avviata l'attività con l'attivazione di 10 posti letto. Saranno attivati 14 posti letto nel 2017 e dal 2018 a regime funzioneranno tutti i 16 posti letto disponibili.

L'Istituto Santa Maria Bambina continuerà a mettere a disposizione risorse professionali e tecnologiche prendendo in carico i pazienti che necessitano di riabilitazione globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale, che richiede alti standard di specializzazione, mediante il potenziamento dell'offerta riabilitativa territoriale.

Come già accennato l'Assessore Regionale alla Sanità chiese ai Commissari Straordinari delle ASL, AO e AOU di porre in essere delle azioni gestionali e organizzative, previste nel Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 63/24 del 15.12.2015, con particolare riguardo alle azioni di efficientamento ritenute di maggiore impatto per l'anno 2016.

Il Comitato regionale permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie e della qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati, ha dato indicazioni al riguardo per singola Azienda Sanitaria individuando gli obiettivi di risparmio rispetto al bilancio consuntivo 2015, di seguito indicati.

Farmaci territoriali	1.430.000,00
Farmaci ospedalieri	468.000,00
Efficientamento ospedale	1.295.000,00
Efficientamento territorio	336.000,00
Integrativa e protesica	567.000,00
TOTALE RISPARMIO richiesto per l'anno 2016	4.096.000,00

Si evidenziano le azioni di efficientamento che la ASL di Oristano ha posto in essere nell'anno 2016 e le ricadute economiche al 31.12.2016 con un confronto tra i dati del Bilancio 2015 e i dati del Bilancio d'Esercizio 2016.

Farmaci territoriali (mgl di euro)

	CONS. 2015	CONS. 2016	CONS. 2016 - CONS. 2015	RISPARMI PREVISTI 2016	Differenze tra risparmi previsti e risparmi conseguiti
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	29.441	27.636	- 2.105	1.430	- 675
servizio di distribuzione (aggio per DPC)	1.296	1.476	180		

Il risparmio realizzato, al netto del costo dell'aggio, dovuto alle farmacie convenzionate per la distribuzione per conto, è pari a euro 2.105.000, superiore di 675.000 euro rispetto a quello concordato pari a euro 1.430.000.

Azioni messe in atto:

- Organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmacoeconomia e farmacovigilanza.
- Fornitura ai prescrittori un portale digitale che consente di avere informazioni in merito al proprio comportamento prescrittivo rispetto alla media aziendale, regionale e nazionale della loro categoria.
- Nomina di un Gruppo di Lavoro aziendale in materia di appropriatezza prescrittiva composto dal Direttore Sanitario, dai direttori dei Distretti Socio Sanitari, da 2 farmaciste, dal direttore dei Presidi Ospedalieri, dal rappresentante dei MMG e dal rappresentante degli specialisti ambulatoriali (ex SUAMI).
- Nomina di un Gruppo di esperti qualificati per il monitoraggio in materia di appropriatezza prescrittiva per specifiche classi di farmaci, che opera al fine di individuare l'appropriatezza della prescrizione riferita a ciascuna classe farmacologica e che ha stilato le linee guida sull'impiego dei farmaci delle seguenti classi: PPI, SARTANI, STATINE, FANS, ADRENERGICI, COLICALCIFEROLO.

Farmaci ospedalieri o in dispensazione diretta (mgl di euro)

	CONS. 2015	CONS. 2016	CONS. 2016 - CONS. 2015	RISPARMI PREVISTI 2016	Differenze tra risparmi previsti e risparmi conseguiti
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	19.517	23.100	3.583	468	4.051

Nonostante le azioni intraprese, il costo dei farmaci è incrementato rispetto all'anno 2015 di euro 3.583.000 oltre all'azione di contenimento previsto dal piano di rientro che ammonta a 468.000 euro

L'importo di risparmio previsto dal piano di rientro 2016 non comprende l'incremento della spesa per farmaci contro l'epatite C e contro la sclerosi multipla che, in accordo con l'Assessorato Regionale non dovrà essere computata nel calcolo del risparmio richiesto. Per tali farmaci la spesa sostenuta nell'anno 2016 è pari a euro 2.686.000.

Farmaci ospedalieri o in dispensazione diretta

Azioni messe in atto:

- Realizzazione del magazzino unico farmaceutico che vede uniti il magazzino territoriale e ospedaliero.
- Monitoraggio dei magazzini farmaceutici di reparto e di servizio avviati nel 2012.
- Informazione sui consumi, mediante report periodici ai prescrittori con un dettaglio dei consumi per prodotto e l'analisi dei fenomeni di maggior rilievo rispetto al consumo dell'anno 2015, anche in riferimento ai farmaci oggetto di monitoraggio di cui alla DGR 54/11 del 2015.
- Invio dei report contenenti informazioni circa i dimessi dai reparti di degenza transitati in farmacia per l'erogazione della terapia start.

Le **criticità** riscontrate a livello aziendale, ma anche regionale e nazionale, riguardano essenzialmente i farmaci innovativi ad alto costo soprattutto oncologici e oncoematologici, i farmaci per artrite reumatoide e le prescrizioni dei farmaci allora non inseriti nel PTR.

Efficientamento Ospedale e Territorio (mgl di euro)

	CONS. 2015	CONS. 2016	CONS. 2016 - CONS. 2015	RISPARMI PREVISTI 2016	Differenze tra risparmi previsti e risparmi conseguiti
B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	1.348	1.407	59	12	71
B.1.A.3.1) Dispositivi medici	9.492	9.079	-413	370	-43
B.2.A.3.4) - Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato - Medici SUMAI	6.138	5.878	-260	50	-210
B.2.B.1) Servizi non sanitari al netto di assicurazione (B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale)	16.276	16.060	-216	427	211
Totale Costo del personale + B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie + B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	100.222	98.215	-2.007	772	-1.235
Totale efficientamento Ospedale e Territorio	133.476	130.639	-2.837	1.631	1.206

Efficientamento Ospedale e Territorio

Azioni messe in atto

- sospensione del contratto di noleggio in service di n.2 apparecchiature di immunometria in uso presso i presidi di rete (Bosa e Ghilarza). Il risparmio è stato pari a euro 22.000, tuttavia su tale conto si registra un incremento di costo di 199.000 euro dovuto all'aggiornamento di alcune apparecchiature di laboratorio in service.
- puntuale programmazione dei fabbisogni e della corretta gestione di beni e servizi, sanitari e non sanitari. In generale il risparmio realizzato è pari a euro 413.000, superiore rispetto a quello ipotizzato pari a euro 370.000. In particolare si è agito sui dispositivi di endoscopia, emodinamica e dialisi.
- rideterminazione del fabbisogno della medicina specialistica ambulatoriale per singola branca, e razionalizzazione del ricorso alle sostituzioni per le assenze dei medici, in occasione di ferie programmate, malattia, etc., senza peraltro pregiudicare le liste d'attesa. Tale azione ha comportato un risparmio di 260.000 euro.
- nel consuntivo 2016 si sono ridotte per 269.000 euro le spese per lavanderia, di 16.000 euro le spese per il servizio di pulizie, per 107.000 euro le spese di vigilanza. Si è ridotto di 163.000 euro il service della dialisi. Sono invece aumentati i costi per il servizio mensa 115.000 euro e servizi di portineria per 208.000 euro.
- politiche del personale e recepimento delle disposizioni imposte a livello regionale e nazionale di contrazione dei costi sul personale che hanno determinato un risparmio complessivo pari a 1.235.000 euro. Sono state inoltre riorganizzate le Commissioni di invalidità civile a livello aziendale (risparmio pari a 173.780 euro rispetto alla spesa annua di 309.457 euro del 2015).

Rispetto agli obiettivi di risparmio imposti dal Piano di Rientro Regionale risulta non raggiunto l'obiettivo della riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera e in dispensazione diretta, per il quale si è registrato un incremento pari a circa 4 milioni di euro. Tale incremento al netto dei costi sostenuti per i farmaci contro la sclerosi multipla e l'epatite C si stima essere pari a 1.365.000 euro.

	CONS. 2015	CONS. 2016	CONS. 2016 - CONS. 2015	RISPARMI PREVISTI 2016	Differenze tra risparmi previsti e risparmi conseguiti
B.1.A.1)Prodotti farmaceutici ed emoderivati al netto dei costi HCV + SM (mgl euro)	19.517	20.414	897	468	1.365

Il fenomeno di maggior rilievo che ha determinato tale incremento di spesa ha riguardato i farmaci ad alto costo (+ 1.731.000 euro rispetto all'anno 2015) e ha interessato soprattutto i farmaci oncologici innovativi per i quali si è rilevato un incremento di circa 1.400.000 euro rispetto all'anno 2015. Anche i farmaci per patologie rare hanno determinato un maggior costo pari a 237.000 euro rispetto all'anno 2015.

Se l'analisi viene condotta sul totale delle voci di costo, al netto dei costi per farmaci contro sclerosi multipla ed epatite C, si rileva che la spesa è incrementata nel biennio in esame per un importo pari a 1.482.000 euro, e rispetto al target di risparmio previsto (4.094.000 euro) si registra un mancato risparmio pari a 5.576.000 euro.

	CONS. 2015	CONS. 2016	CONS. 2016 - CONS. 2015	RISPARMI PREVISTI 2016	Differenze tra risparmi previsti e risparmi conseguiti
costo totale della produzione al netto dei costi HCV+SM (mgl euro)	264.082	265.564	+1.482	4.094	5.576

Gli incrementi di costo registrati nel corso del 2016 hanno interessato le seguenti voci:

- assicurazioni RC professionale. Nel corso dell'anno 2015 è stata aggiudicata la relativa gara, contabilizzando pertanto solo il periodo agosto - dicembre 2015, per un importo pari a 1.221.000 euro, rispetto al costo annuo di 2.934.000 euro del 2016. Ciò ha determinato un maggior costo pari a 1.713.000 euro
- nel 2016 si registra un forte aumento della voce B16) Accantonamenti, dove sono stati registrati Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) per circa 1.500.000 euro e Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati per 2.431.000 euro.

Gli Obiettivi Operativi e gli Obiettivi Individuali

Avendo come riferimento il Documento di Programmazione Aziendale 2016 e il correlato Piano della Performance, si è proceduto al ribaltamento degli obiettivi alle varie strutture aziendali (obiettivi operativi), e da queste ai singoli professionisti attraverso l'assegnazione di obiettivi individuali.

Le direttrici fondamentali che hanno guidato la stesura del documento triennale di programmazione e quindi la costruzione del piano della performance e l'individuazione degli obiettivi strategici e operativi, sono le seguenti:

- Azioni di miglioramento dei processi
- Azioni di miglioramento del servizio per l'utente
- Sviluppo delle attività di formazione, informazione, apprendimento al fine di favorire lo sviluppo e la crescita professionale
- Ottimizzazione nell'uso delle risorse

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

Il processo di valutazione, e quindi la conseguente misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, ha riguardato 1.783 dipendenti a tempo indeterminato e determinato (è escluso il personale in aspettativa, comando o che è stato assente dal servizio per un numero superiore a 70 giorni nell'anno)

POSIZIONE	N. DIPENDENTI	MEDIA DEL RISULTATO
RESPONSABILI DI STRUTTURA	64	97,75%
DIRIGENTI	379	98,84%
POSIZIONI ORGANIZZATIVE	23	99,9%
COMPARTO	1.282	98,15%

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

La misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità e degli obiettivi individuali nell'area della Prevenzione

	% Raggiungimento Obiettivi	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI INDIVIDUALI		
Struttura Organizzativa	Resp. Struttura	Dirigenti	Posizioni Organizz.	Comparto
IGIENE PUBBLICA	100	94		97
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AMBIENTI DI LAVORO	100	100		100
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	100	100		100
SANITA' ANIMALE	89	89		89
IGIENE ALIMENTI ORIGINE ANIMALE	100	100		100
IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECHNICHE	100	100		100
MEDICINA LEGALE		100		100

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

La misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità e degli obiettivi individuali nell'area dell'assistenza territoriale distrettuale

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	% raggiungimento obiettivi			
	Responsabili di Struttura	Dirigenza	Posizione Organizzativa	Comparto
DISTRETTO ORISTANO	60	100		99
DISTRETTO di ALES-TERRALBA	64	100		100
DISTRETTO GHILARZA-BOSA	60	100		97
CURE DOMICILIARI DISTR. ORISTANO	100			100
CURE DOMICILIARI DISTR. ALES-TERRALBA	100			100
CURE DOMICILIARI DISTR. GHILARZA-BOSA	100			100
CONSULTORI DISTRETTO ALES-TERRALBA	100	100		100
CONSULTORI DISTRETTO ORISTANO	100	100		100
NEUROPSICH. INFANTILE DISTR. ORISTANO	100	100		100
NEUROPISCH. INFANTILE DISTR. GHILARZA-BOSA	100			100

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

La misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità e degli obiettivi individuali nell'area dell'assistenza territoriale distrettuale

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	% raggiungimento obiettivi			
	Responsabili di Struttura	Dirigenza	Posizione Organizzativa	Comparto
ACCOGLIENZA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE DISTR. ORISTANO	100	100		100
ASSISTENZA RIABILITATIVA DISTR. ORISTANO	100	100		100
ASSISTENZA RIABILITATIVA DISTR. GHILARZA-BOSA	100	100		98
FARMACIA OSPEDALIERA	100	100		100
FARMACIA TERRITORIALE	100	100		100
SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	100	100		100
CENTRI DI SALUTE MENTALE		100		100

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

La misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità e degli obiettivi individuali nell'area dell'assistenza ospedaliera

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	% raggiungimento obiettivi			
	Responsabili di Struttura	Dirigenza	Pos. Organizzativa	Comparto
CHIRURGIA PO SAN MARTINO	100	100		100
CHIRURGIA PO DELOGU	81	81		81
CHIRURGIA PO MASTINO	84	84		100
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	100	100		100
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	100	100		100
ENDOSCOPIA	100	100		100
UROLOGIA	100	100		
MEDICINA PO ORISTANO	100	100		100
MEDICINA PO DELOGU	100	100		100
MEDICINA PO MASTINO	80	80		99
NEFROLOGIA	93	93		93
CARDIOLOGIA-UTIC	100	100		100
PEDIATRIA	91	92		92
PNEUMOLOGIA	71	71		71
DIABETOLOGIA	100	100		100
ONCOLOGIA	85	85		85
CENTRO ALZHEIMER	100			100
CENTRO THALASSEMIE	100			100
RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	100	100		100

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

La misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità e degli obiettivi individuali nell'area dell'assistenza ospedaliera

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	% raggiungimento obiettivi			
	Responsabili di Struttura	Dirigenza	Posizione Organizzativa	Comparto
CENTRO IMMUNOTRASFUSIONALE	100	100		100
LABORATORIO ANALISI	100	100		100
ANATATOMIA PATOLOGICA	100	100		100
RADIOLOGIA SAN MARTINO	100	100		100
RADIOLOGIA OSPEDALI DI RETE	95	95		95
PRONTO SOCCORSO SAN MARTINO	100	100		100
PRONTO SOCCORSO MASTINO	93	93		93
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100	100		100
SPDC	100	100		100
DIREZIONE DEI PRESIDI	95	95	95	95

Gli Obiettivi Operativi e Individuali

La misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità e degli obiettivi individuali nello staff e nell'area amministrativa

STRUTTURA ORGANIZZATIVA	% raggiungimento obiettivi			
	Responsabili di Struttura	Dirigenza	Posizione Organizzativa	Comparto
AFFARI GENERALI	100		100	87
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	94	94	94	94
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100	100	100	100
QUALITA' E RISCHIO CLINICO	100	100		100
FORMAZIONE	100		100	100
CONTABILITA' E BILANCIO	100	100	100	100
SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	100		100	100
PROVVEDITORATO	100	100	98	93
SERV. MANUT. LOG. PATRIM.	96		96	96
NUOVE OPERE	55			100
ING. CLINICA	96	96		96

Risultati in materia di Trasparenza e Integrità

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della Pubblica Amministrazione, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Amministrazione Pubblica.

Il D.Lgs. 150/2009, all'art. 11 definisce la trasparenza come “accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle PP.AA., delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”.

La legge 6 novembre 2012 n.190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” ha attribuito un ruolo centrale al principio della trasparenza, introducendo rilevanti obblighi aggiuntivi che hanno elevato i livelli di visibilità, nella convinzione che la trasparenza costituisca una colonna portante nelle politiche di contrasto della corruzione.

La legge ha conferito al governo una delega ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni. In attuazione di tale delega, il governo ha adottato il D.Lgs. 14.3.2013, n. 33, recante il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pp.aa.” che individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione pubblica e le modalità per realizzarla.

Ai sensi del D.Lgs. 14.3.2013 n.33 per la pubblicazione si intende la pubblicazione, in conformità alle specifiche ed alle regole tecniche di cui all'allegato A) del medesimo, nei siti istituzionali delle pp.aa. dei documenti, delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione e alle attività, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione.

Nell'anno 2013, in esecuzione del succitato decreto questa ASL aveva provveduto a:

- revisionare il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità adottato ai sensi del D.Lgs. 150/2009;
- creare nel sito istituzionale la sezione “Amministrazione Trasparente” che ha sostituito la precedente sezione “Trasparenza, valutazione e merito” dando avvio al lavoro di popolamento della nuova sezione.

Nell'anno 2014 questa Azienda ha approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016 (DG n.84 del 31.01.2014), secondo la nuova disciplina contenuta nel D.Lgs. n. 33/2013 e integrata dalla delibera CIVIT – ANAC N. 50/2013. Per il processo di attuazione del Programma sono stati individuati i dirigenti responsabili della produzione, aggiornamento e pubblicazione dei dati, i cui riferimenti sono riportati nell'allegato al Documento, i medesimi dirigenti che producono i dati, li elaborano e provvedono all'inserimento diretto nella “Sezione Amministrazione Trasparente”

Risultati in materia di Trasparenza e Integrità

Nel corso degli anni 2014/2016, il Responsabile della Trasparenza ha provveduto a monitorare e comunicare lo stato di graduale attuazione degli obblighi, previsti dalla normativa, e i relativi scostamenti.

Con atto deliberativo del Commissario Straordinario n.50 del 29/01/2016, avente oggetto "Approvazione Aggiornamento Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza dell' ASL N.5 di Oristano" l'allora ASL di Oristano, ha provveduto con l'adozione di un unico documento, ad aggiornare i due Piani.

L'integrazione del Programma della Trasparenza nel Piano della Prevenzione della Corruzione, già previsto nella delibera Civit, ora ANAC N.50/2013 e ancora di recente chiarito dalle Linee Guida ANAC di cui alla Delibera 1310 del 28.12.2016, risponde all'esigenza di programmare ed attuare in modo sempre più sinergico la materia della trasparenza con quella della prevenzione della corruzione.

Risultati in materia di Trasparenza e Integrità

Nella stesura dei documenti citati è stato previsto il coordinamento con il Piano della Performance, come previsto nell'Aggiornamento del PNA 2015, per cui le misure di prevenzione della corruzione e l'adempimento degli obblighi in materia di trasparenza dovevano essere tradotte in obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai dirigenti delle strutture.

Nella Sezione Obiettivi e Risultati del presente Documento sono riportati il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Nel corso dell'anno 2016 la ex ASL di Oristano ha garantito la trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance, ai sensi di quanto disposto all'art.10 del D.Lgs n.33/2013, attraverso la pubblicazione nell'apposita Sezione "Amministrazione Trasparente" del Piano delle Performance, del Sistema di Misurazione e Valutazione, della Relazione sulla Performance e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Alla realizzazione degli obiettivi di trasparenza concorre anche l'utilizzo della Posta elettronica certificata, individuata come uno degli strumenti fondamentali nell'ambito del Codice dell'Amministrazione Digitale.

Il flusso di corrispondenza annua media pervenuta all'ASL di Oristano, tramite PEC istituzionale, che nell' anno 2013 risultava pari a circa 2100, nell'anno 2014, è stata di circa 5500 documenti, nell'anno 2015 di circa 9800 documenti confermati per l'anno 2016 . La diffusione del sistema registra un costante aumento.

Tra gli strumenti di comunicazione finalizzati a far partecipare “attivamente” i cittadini alle iniziative e al processo di miglioramento continuo della ex ASL di Oristano, si cita il social network facebook che, attivato nel mese di aprile 2013 ha raggiunto al 31.12.2014 n. 2144 fan, al 31.12.2015 n. 4165 e al 31.12.2016 n.4636.

In data 21.12.2016 si è svolta, presso la sala della formazione nei locali del P.O. S. Martino, **la Giornata della Trasparenza**, prevista tra gli obiettivi nel Programma della Trasparenza Anno 2016.

L'evento ha reso possibile l'incontro tra la direzione strategica, i dirigenti dell'ASL, gli stakeholder, la società civile, i rappresentanti di organismi locali che sono intervenuti numerosi.

La Giornata della Trasparenza 2016 ha rappresentato un momento di confronto e di ascolto indispensabile al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

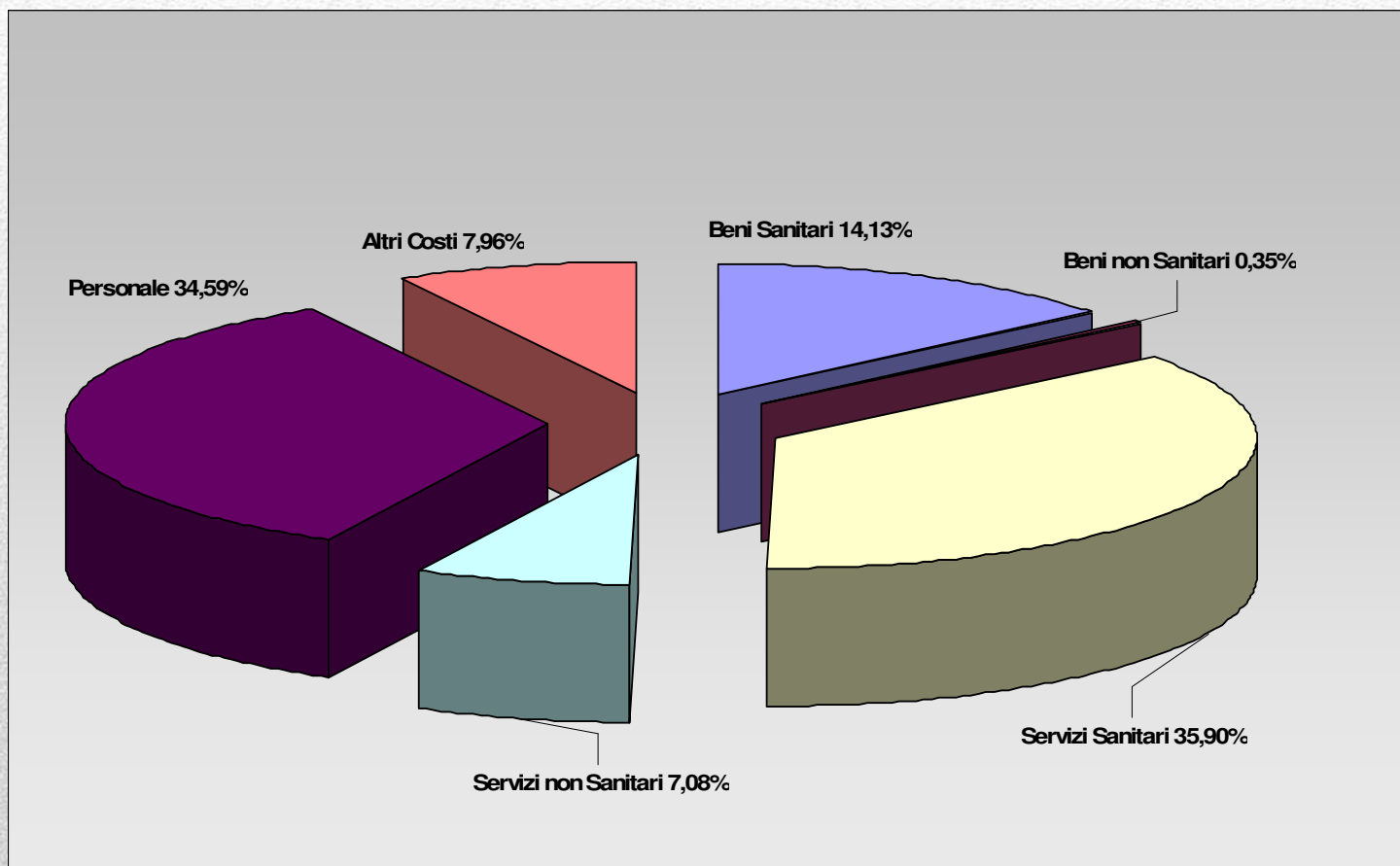
RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

I COSTI DELLA PRODUZIONE – ANDAMENTO

I costi anno 2016 sono rappresentati al netto della mobilità per renderli confrontabili con i costi anno 2015

B) Costi della produzione	2016	2015	Δ%
Beni di consumo	38.860	35.746	8%
Servizi	117.786	120.169	-2%
Manutenzioni	3.379	2.908	14%
Godimento di beni di terzi	1.978	1.940	2%
Personale	92.800	93.682	-1%
<i>a) personale del ruolo sanitario</i>	<i>76.704</i>	<i>77.674</i>	<i>-1%</i>
<i>b) personale del ruolo professionale</i>	<i>527</i>	<i>437</i>	<i>17%</i>
<i>c) personale del ruolo tecnico</i>	<i>9.350</i>	<i>9.032</i>	<i>3%</i>
<i>d) personale del ruolo amministrativo</i>	<i>6.219</i>	<i>6.539</i>	<i>-5%</i>
Ammortamenti e svalutazioni	6.751	6.550	3%
Variazioni delle rimanenze	-30	-737	-2357%
Accantonamenti per rischi e oneri	5.702	2.761	52%
Oneri diversi di gestione	1.024	1.063	-4%
Totale costi della produzione	268.250	264.082	2%

LA STRUTTURA DEI COSTI DELLA PRODUZIONE ANNO 2016



IL RISULTATO DI ESERCIZIO (il 2016 comprende i dati di mobilità)

	2016	2015
RISULTATO DELL'ESERCIZIO (migliaia di euro)	-23.957	-9.129

Di seguito sono indicati gli importi netti delle assegnazioni provvisorie e definitiva per l'anno 2016; l'importo dell'assegnazione definitiva è resa nota con la Delibera di Giunta Regionale 17/15 del 04.04.2017.

Nota RAS 23828 del 20/10/2015	Nota RAS 4495 del 12/02/2016	Nota RAS 21976 del 05/08/2016	DGR 17/15 del 04.04.2017
247.774.031,40	235.271.221,27	237.276.532,09	235.283.678,60

Tempestività dei pagamenti

La ASL di Oristano ha inteso sviluppare delle misure organizzative interne volte a garantire e monitorare la tempestività dei pagamenti nei confronti dei propri fornitori, rispettando quanto indicato nel DLgs 192/2012, di recepimento della direttiva 2011/7/U.E, sulla corretta esecuzione dei pagamenti in attuazione del DLgs 163/2006 art 6bis.

Nell'anno 2016 l'indice di tempestività dei pagamenti della ASL di Oristano si è attestato in -0.92 giorni.

Indicatore	Descrizione	Valore
Anno 2016	Media dei tempi di pagamento (tempo intercorso tra la ricezione della fattura e l'emissione del relativo mandato) pesata in modo direttamente proporzionale all'importo dei mandati	-0,92 gg

N.B. Il suddetto indice è stato calcolato come stabilito dall'art. 8, comma 3-bis del D.L. 24/04/2014 n. 66 convertito dalla Legge 23 Giugno 2014 n. 89. Ai fini del calcolo vengono presi in considerazione i pagamenti di fatture effettuati dal 01/01/2016 al 31/12/2016 per un numero di 31.128 fatture per un importo complessivo di Euro 103.132.222,46.

PARI OPPORTUNITA'

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

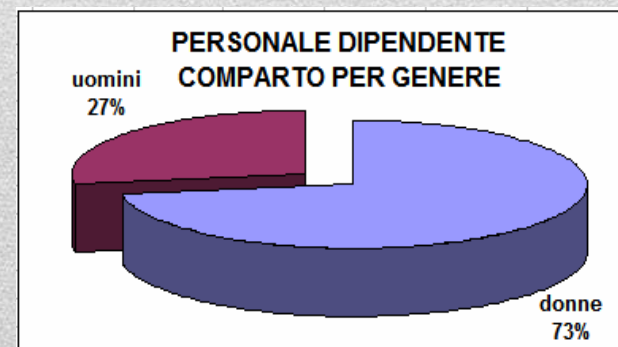
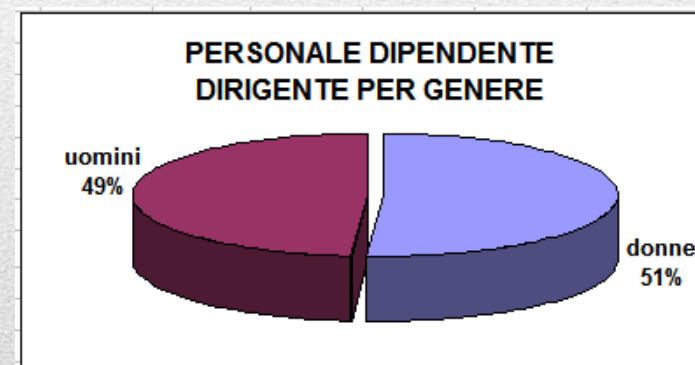
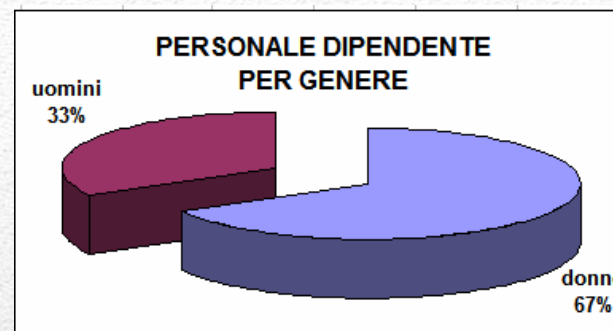
Pertanto, il tema delle pari opportunità va affrontato in maniera sistematica, sia in quanto l'amministrazione è allo stesso tempo datore di lavoro (prospettiva interna) e produttore di beni e servizi (prospettiva esterna), sia esplodendo le molteplici dimensioni che caratterizzano tale tema (genere, razza, disabilità, ecc.).

Indicatori di genere del personale dipendente

Indicatori	Valore
N. totale personale	1.792
N. totale personale dirigenza	472
N. totale personale comparto	1.320
N. totale personale dirigenza donne	241
N. totale personale dirigenza uomini	231
N. totale personale comparto donne	957
N. totale personale comparto uomini	363

Indicatori	Valore
% di dirigenti donne rispetto al totale dei dirigenti	51%
% di donne rispetto al totale del personale	67%
Età media del personale	50
Età media del personale dirigente	51

Gli indicatori si riferiscono a elaborazioni sui dati del personale in servizio nell'anno 2016



Progetto antiviolenza

Anche le Asl, soggetti deputati alla prevenzione e alla cura della salute delle donne, hanno un ruolo importante nel sostegno alle vittime di violenza, che spesso approdano nelle sale d'attesa dei Pronto Soccorso o nei Consultori familiari per chiedere aiuto, ma senza la volontà esplicita di denunciare i loro carnefici: creare dei percorsi dedicati di assistenza non solo sanitaria, ma anche psichica, giuridica, logistica è ciò che l'Azienda Sanitaria oristanese ha realizzato, e lavora in rete con altri soggetti mediante una filiera che prende in carico la donna globalmente, dal momento in cui si reca nella struttura sanitaria fino al momento del processo contro il suo aguzzino.

Battezzata ufficialmente il 25 febbraio 2013, ma nata anni prima con un impegnativo lavoro di raccordo avviato dalla ASL oristanese, la Rete interistituzionale contro la violenza sulle donne ha lavorato finora su tre fronti: formazione degli operatori provenienti dagli enti aderenti; prevenzione e promozione della cultura della parità di genere, in particolare nelle scuole; elaborazione di procedure di Rete che colleghino i suoi componenti. A tre anni di distanza si cominciano a cogliere i primi importanti risultati rilevando un significativo aumento delle donne che si sono rivolte al Centro antiviolenza (51 nei primi sei mesi del 2016) e alle strutture sanitarie (25 nello stesso periodo).

Le iniziative promosse da O.N.da

Dal 22 al 28 aprile 2016 l'ospedale San Martino di Oristano ha aderito all'(H)Open Week, la settimana degli ospedali aperti promossa da Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) in occasione della prima Giornata nazionale della salute della donna (22 aprile 2016). Un programma che nel 2015 ha assegnato al “San Martino” ben due bollini rosa grazie ai particolari percorsi e servizi studiati per venire incontro alle esigenze delle pazienti.

Obiettivo dell'(H)Open Week è quello di promuovere degli spazi dedicati alla salute di genere per garantire il diritto alla salute secondo principi di equità e pari opportunità in quanto, come dimostrano diversi studi, è dimostrato che le donne ancora oggi sono penalizzate nella tutela del proprio benessere.

Le iniziative promosse da O.N.da

Le iniziative attuate nel 2016 hanno riguardato la disponibilità di consulenze ginecologiche e diabetologiche offerte gratuitamente alle donne dai professionisti delle Unità Operative di Ginecologia e Diabetologia, la distribuzione di opuscoli informativi, la mostra “La violenza quotidiana del silenzio”.

Sono state offerte consulenze ginecologiche, rivolte alle donne affette da infezioni delle vie urinarie, incontinenza, dolore pelvico cronico e prolasso urogenitale, e consulenze diabetologiche, dietistiche e psicologiche. A seconda delle specifiche esigenze, le utenti sono state indirizzate in uno degli otto ambulatori a tema, dedicati rispettivamente al diabete nella donna, obesità e gravidanza, diabete e gravidanza, diabete e attività fisica, dislipidemia, educazione alimentare, diabete e psicologia, educazione all'autocontrollo glicemico, tutte tematiche declinate al femminile.

Altre iniziative

Un'esposizione fotografica e infografica su cinque malattie femminili poco conosciute, per fornire a chi ne soffre un percorso di assistenza, sono state presentate all'ospedale Delogu di Ghilarza nella giornata della ricorrenza della festa della donna (8 marzo 2016). Sono stati presentati 14 pannelli che hanno raccontato come cinque patologie femminili spesso sottovalutate e poco conosciute, se non diagnosticate tempestivamente, possono avere pesanti ricadute sulla vita delle donne in termini fisici e psichici.

Attraverso la voce delle donne sono state raccontate le esperienze di chi ha vissuto sulla propria pelle l'esperienza della malattia, cinque patologie femminili delle quali in genere non si parla per vergogna, paura e pregiudizio sociale, ma anche per sottostima dei sintomi e delle manifestazioni cliniche: menopausa precoce, incontinenza urinaria, vulvodinia, endometriosi, cistite.

Accanto al racconto delle protagoniste, nei pannelli sono state illustrate le cause, i sintomi, le cure di ciascuna delle cinque patologie oggetto della mostra, con i rispettivi riferimenti sitografici per chi fosse stato interessato ad approfondire e sono stati forniti i riferimenti di tutti gli specialisti della Asl 5 di Oristano, attivi presso ospedali, poliambulatori e Consultori familiari a cui richiedere gratuitamente una consulenza o una visita, con relativi orari di ricevimento e numero di telefono.

La Mostra “La Violenza Quotidiana delle Donne” è stata proposta alla nostra ASL dalla dottoressa Patrizia Grementieri della AUSL della Romagna e dalla bioeticista Sara Casati dell'Università Bicocca di Milano ed è nata dal percorso che un gruppo di donne dell'ospedale di Forlì ha intrapreso sul tema della violenza alla donna.

La stessa mostra è stata poi riproposta nel Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano il 22 aprile e al Consultorio di Oristano nel mese di giugno 2016.

La Commissione pari opportunità del Comune di Oristano, in collaborazione con la Fondazione 'Sa Sartiglia', il Consultorio familiare di Oristano della Asl e la Commissione provinciale Parità ha promosso una iniziativa rivolta alle mamme e ai loro bambini mettendo a disposizione un ambiente protetto in cui poter allattare il proprio bambino in occasione della Sartiglia.

Allattare al seno è un gesto semplice e naturale che tutte le mamme dovrebbero poter fare ovunque, ma che a volte risulta difficile, se non proibitivo.

L'idea, connessa all'iniziativa internazionale Unicef «Mille baby pit-stop», è stata realizzata durante l'edizione 2016 della Sartiglia.

IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

Il Processo di Redazione della Relazione

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi sia strategici che operativi è avvenuta nel mese di aprile 2017 a cura dell'unità operativa Programmazione e Controllo. Il Comitato di Budget ha quindi provveduto alla verifica definitiva dei risultati nel mese di maggio 2017.

Il processo di valutazione individuale a cura di ciascun responsabile di struttura, comprendente anche la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, è stato concluso nel mese di giugno 2016. Tale processo, avviato per la prima volta nell'anno 2012, si è rivelato piuttosto complesso e non tutti i direttori delle strutture hanno assegnato obiettivi individuali ai propri collaboratori.

La stessa U.O. Programmazione e Controllo ha provveduto poi alla redazione del presente documento con il coinvolgimento delle diverse aree interessate. Il documento è stato quindi adottato dalla Direzione della ASSL e sarà validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito è rappresentato in tabella il processo di redazione con l'indicazione, per ogni fase, dei soggetti dei tempi e delle responsabilità.

Il Processo di Redazione della Relazione

fasì	attori coinvolti e responsabili della fase	tempi
Misurazione degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi assegnati ai responsabili di Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale, per l'anno 2016	U.O. Programmazione e Controllo e Comitato di Budget	maggio 2017
Misurazione degli obiettivi individuali assegnati al personale in servizio presso ogni Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale, per l'anno 2016	Responsabili di Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale	giugno 2017
Consuntivo al Bilancio 2017	U.O. Contabilità e Bilancio	giugno 2017
Redazione della Relazione sulla Performance anno 2017	U.O. Programmazione e Controllo	giugno 2017
Adozione della Relazione	Direzione ASSL	giugno 2017
Validazione della Relazione	OIV	luglio 2017

Il Processo di Redazione della Relazione - Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Tutti gli strumenti del Ciclo di Gestione della Performance sono stati adottati seppure con la consapevolezza che saranno suscettibili di miglioramento nel tempo.

Il Piano della Performance 2016-2018 è stato redatto nel mese di marzo 2016, e quindi in ritardo rispetto alla scadenza prevista per il mese di gennaio. Tuttavia è stato costruito nel rispetto di quanto indicato nei documenti di programmazione aziendale (adottati nel mese di dicembre 2015).

Tutte le macrostrutture aziendali infatti sono state chiamate ad individuare insieme alla direzione generale le criticità nei diversi ambiti e le strategie idonee a risolverle. Tale lavoro di collaborazione e condivisione ha portato alla definizione degli obiettivi strategici e operativi assegnati nel processo di budgeting, conclusosi nel mese di febbraio 2016. I responsabili di struttura hanno quindi provveduto ad assegnare ai propri collaboratori gli obiettivi individuali, coerentemente con quanto deciso a livello strategico e operativo.

Il Processo di Redazione della Relazione - Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Permane la necessità di adeguati sistemi informativi soprattutto in ambito territoriale che supportino la definizione e quindi la misurazione di obiettivi di esito. Occorre inoltre stimolare la crescita del sistema di assegnazione di obiettivi individuali da parte dei direttori di struttura soprattutto ai propri collaboratori dirigenti, limitando il ricorso al mero ribaltamento di tutti gli obiettivi assegnati all'unità operativa dalla direzione generale.

Il Sistema di misurazione e valutazione, innovato nell'anno 2012 è ormai a regime. Si dovrebbero tuttavia implementare delle azioni di formazione informazione per un migliore utilizzo di tale strumento sia in termini di gestione delle risorse umane che di miglioramento dei servizi offerti, nonché di crescita individuale. Occorre, inoltre, procedere al completamento del sistema di valutazione individuale identificando item differenti per i differenti profili professionali nell'ambito della misurazione dei comportamenti.

ALLEGATI

- Allegato A1) – Tabella obiettivi strategici
- Allegato A2) – Documenti del Ciclo di Gestione della Performance