



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA, DELLA SICUREZZA
ALIMENTARE E DEGLI ORGANI COLLEGIALI PER LA TUTELA DELLA SALUTE
DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ ANIMALE E DEI FARMACI VETERINARI
UFFICIO IX – AUDIT ex DGSA**

Via Ribotta, 5 00144 ROMA

Valutazione del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento all'area degli alimenti, nutrizione e della sanità pubblica veterinaria

**AUDIT DI SISTEMA
RAPPORTO FINALE**

REGIONE SARDEGNA

DATA DELL'AUDIT

dal 15 al 18 novembre 2011

PREMESSA

Tra il 15 e il 18 novembre 2011, il team di auditor del Ministero della salute, si è recato presso gli uffici della Regione Sardegna per svolgere un “audit di sistema” sul sistema regionale di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

L’audit ha coinvolto gli uffici dell’Assessorato regionale alla sanità, nonché 6 Aziende sanitarie locali delle 8 presenti in totale sul territorio regionale, ed in particolare i relativi 6 Dipartimenti di Prevenzione selezionati dal gruppo di audit.

Nell’ambito della verifica del sistema sanitario regionale di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, l’audit è stato finalizzato a descrivere e valutare gli standard operativi dell’autorità regionale e dei suddetti Dipartimenti di Prevenzione in relazione ai criteri previsti dal Regolamento 882/04, nonché il grado di utilizzo degli strumenti di governo del Sistema Sanitario nazionale (dipartimentalizzazione, programmazione, management della dirigenza sanitaria, formazione, ecc), previsti dalle norme quadro di riferimento: L. 833/78 e DLgs. 502/92 e successive modifiche.

ESITI DELL’AUDIT

❖ PUNTI DI FORZA

○ SISTEMA REGIONALE

Tra i principali *punti di forza* del sistema regionale sono da evidenziare :

- L’aver istituito un coordinamento tra Regione, AASSLL e IZS che si esplica in una frequente e regolare attivazione di gruppi di lavoro multistituzionali e multidisciplinari che consente di affrontare problematiche complesse e di produrre numerosi documenti basati su esperienza concreta e con ampio grado di condivisione.
- Il Sito web regionale, dedicato alla sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria denota una certa attenzione verso l’informazione agli utenti, con analisi epidemiologica utile alla comprensione delle principali occorrenze sanitarie

- Il personale del Servizio di Prevenzione della Regione mostra un elevato grado di motivazione e di attenzione alle esigenze del territorio
- Adeguata disponibilità di *utilities* (PC, accesso a rete internet/intranet, telefoni abilitati alle interurbane, fax, ecc.) del nodo regionale
- Buon livello di attività di indirizzo su un ampio ventaglio di linee di attività nell'ultimo biennio
- E' stato predisposto un piano regionale integrato dei controlli (DGR 20/4 del 26/4/2011) che esplicita con chiarezza le attività pianificate richieste alle ASL. Il Piano contiene istruzioni e procedure utili per assicurare la coerenza e uniformità dei controlli ufficiali sul territorio regionale. Il piano è concepito per essere uno strumento dinamico, aggiornabile a seguito di riesame e modifica della normativa.
- Aver avviato un progetto di organizzazione del sistema informativo regionale informatizzato (SISAR) che, a regime, fornirà un supporto importante alla programmazione delle Aziende ASL, alla gestione delle attività e alla rendicontazione dei controlli ufficiali. Il SISAR, che ha raggiunto la fase di collaudo per alcune linee di attività (es. anagrafe canina e farmacovigilanza), ed è in fase di costruzione/sperimentazione per altre (es. benessere animale e alimenti di origine non animale), dovrebbe completarsi nel prossimo anno. Il progetto non ha però incluso alcune linee di attività rilevanti, come ad es. i mangimi. Tale sistema inoltre consentirà la gestione su base regionale dell'attività di pertinenza, e consentirà il monitoraggio e la rendicontazione delle attività
- L'aver realizzato un progetto di formazione rivolto al personale sanitario dei Servizi Veterinari e SIAN delle ASL e della Regione, che ha contemplato tutti i temi di principale interesse per l'espletamento dei controlli ufficiali previsti dal Reg. 882/04, e che inoltre ha consentito al sistema di audit regionale di dotarsi, per gli audit previsti dall'art. 4(6) del Regolamento 882/04, di 56 auditor tra il personale del Servizio di Prevenzione della Regione e dei Servizi Veterinari delle AASSLL, e di 24 auditor tra il personale del servizio Igiene Alimenti e Nutrizione delle AASSLL.
- L'aver avviato un sistema di audit volto ad assicurare un rafforzamento del coordinamento, della coerenza e uniformità dei controlli ufficiali
- L'aver adottato un programma straordinario di audit e ispezioni su aziende suine accreditate per peste suina africana e peste suina classica (Determina dirigenziale n. 1253 del 7/11/11), comprensivo di una attività di supervisione della Regione sulla corretta esecuzione dei controlli in tali aziende, finalizzato a coadiuvare le azioni di gestione della epidemia di peste suina africana in atto al momento dell'audit.
- Avere istituito un Osservatorio Epidemiologico regionale veterinario (OEVR) in grado di fornire un supporto e collaborazione al Servizio di Prevenzione dell'assessorato per la gestione e analisi dei dati
- La struttura regionale, sostanzialmente carente di proprio personale sanitario, è riuscita a fronteggiare la ulteriore recente riduzione di tale personale, con personale sanitario ASL acquisito in via temporanea, investendo risorse economiche
- In certe realtà aziendali, a livello di alcuni Servizi del Dipartimento di Prevenzione, è stato osservato un buon livello di adozione del processo di analisi dei vincoli normativi e della conseguente programmazione sulla base dell'esigenza territoriale

CRITICITÀ

○ REGIONE

- a seguito del cambio di vertice, intercorso nei giorni precedenti l'audit, l'Amministrazione regionale non ha attivato una procedura di gestione della fase di transizione che consentisse di definire l'attribuzione delle responsabilità di direzione generale per l'espletamento degli affari urgenti nella fase di *vacatio*, ciò non ha consentito il coinvolgimento degli uffici diversi dal Servizio di Prevenzione, determinando un deficit nell'assistenza e cooperazione tra Amministrazioni. Tale criticità rende manifesta una difficoltà di gestire problematiche, straordinarie o meno, che richiedono tempestività e governo da parte dell'alta direzione.
- Nell'ambito del coordinamento tra le Autorità competenti si registrano alcune criticità concernenti il rispetto degli adempimenti informativi nei confronti del Ministero della salute, sia riguardo la tempistica, (attestandosi, nel triennio 2008-2010, attorno al 70% degli adempimenti monitorati) sia per la mancata concertazione dei provvedimenti afferenti l'area della sanità animale e della profilassi internazionale.
- Il processo di elaborazione del Piano Sanitario Regionale 2006-2008, pur adeguato nei contenuti riguardanti la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria, non ha coinvolto attivamente la struttura regionale di riferimento, pur essendo quest'ultima uno dei soggetti concorrenti attivamente all'attuazione del PSR, privandola di fatto del riconoscimento del ruolo effettivo e della possibilità di stimolare la crescita della struttura regionale di governo.
- Il Sito web regionale, dedicato alla sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, pur apprezzato quale punto di forza della Regione, risulta non sufficientemente aggiornato, ed in alcuni casi (come ad esempio il Piano regionale integrato) i documenti non sono risultati facilmente reperibili a causa del loro posizionamento.¹
- Il Servizio Prevenzione dell'assessorato regionale è l'unica articolazione organizzativa di livello dirigenziale, alla quale afferisce un ampio e gravoso case-mix di competenze (servizi di igiene degli alimenti e nutrizione (SIAN), Area A, B e C dei servizi veterinari, Sicurezza sul lavoro nonché Igiene e Sanità Pubblica) che determinano una eccessiva responsabilizzazione.
- Il percorso di crescita della struttura regionale e di tutto il settore (servizio veterinario e SIAN) rischia, a causa del numero elevato di personale "in comando", di essere soggetto ad un turn over pericoloso per la stabilità del sistema e per il processo di miglioramento continuo in atto.
- La dislocazione degli uffici è risultata del tutto inadeguata in quanto alcune delle articolazioni organizzative afferenti al Servizio di Prevenzione sono dislocate in parte su piani diversi (senza ascensore) del medesimo edificio ed altre in un altro edificio in cui è ubicato la gran parte dell'Assessorato, determinando una difficoltà oggettiva per il dirigente di interfacciarsi con i propri uffici e viceversa.

¹ La Direzione Generale della Sanità- Servizio Prevenzione della Regione Autonoma della Sardegna, con nota n. 549 del 13/01/2012, ha osservato che *"riguardo al Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare 2011 - 2014 si ritiene possa essere facilmente reperibile nella sezione "Piani e programmi", seguendo il link <http://www.regione.sardegna.it/regione/assessorati/sanita/pianieprogrammi>. In tale sezione è possibile scaricare la Delibera di adozione del medesimo Piano (Delibera del 26 aprile 2011, n. 20/4) ed i singoli Piani dei Controlli riguardanti i diversi settori."* [nota degli auditor: il sito web indicato è stato correttamente aggiornato successivamente allo svolgimento dell'audit di sistema, tuttavia in un altro sito web istituzionale ("SardegnaSalute" all'indirizzo http://www.sardegnaSalute.it/documenti/9_275_20100701161416.pdf) risulta pubblicato ancora il precedente Piano regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti -anni 2008-2009, e non quello attualmente in vigore]

- L'assenza dei cellulari di servizio per i responsabili dei Settori regionali di sicurezza alimentare e sanità veterinaria non agevola le comunicazioni tra questi ultimi e i referenti delle ASL, soprattutto per la gestione di situazioni di urgenza, come ad esempio nel caso del sistema di allerta e della gestione dei focolai di malattie infettive.
- I provvedimenti regionali di attribuzione delle competenze alle articolazioni organizzative del Servizio di Prevenzione (DAIS 71/2009; DAIS 55/2009) non contengono una declaratoria esauriente delle stesse.
- L'analisi dei dati epidemiologici disponibili (es.: i casi di tossinfezione alimentare, controlli svolta per la selezione genetica degli arieti ai fini del controllo delle TSE), l'attività di audit, la verifica dell'efficacia dei CU, degli esiti del Piano regionale dei controlli e delle altre disposizioni regionali, risulta penalizzata dalla scarsità di risorse umane. E' necessario pertanto che tali attività vengano rafforzate per sviluppare una programmazione dei controlli basati sul rischio.
- Sono state registrate difficoltà nell'utilizzo delle risorse finanziarie a causa di difficoltà di coordinamento nella definizione della declaratorie dei capitoli di spesa del bilancio regionale.
- Non sono state ancora avviate iniziative per migliorare la completezza e l'aggiornamento delle anagrafiche degli OSA registrati soggetti a controlli nella fase di commercializzazione.
- L'assenza, nel Piano regionale integrato dei controlli, dell'allegato di riferimento per la rilevazione del numero di audit e ispezioni svolte negli stabilimenti riconosciuti, ha fatto emergere la necessità che venga fornito un indirizzo regionale al fine di uniformare le attività di audit su OSA svolte dalle ASL e garantire la rendicontabilità delle stesse.
- Relativamente alle analisi svolte dai laboratori ARPAS, al momento si registra una difficoltà delle attività di campionamento, a causa del mancato accreditamento dei citati laboratori. Le misure correttive adottate dalla Regione, mediante sinergie con l'IZS della Sardegna, sono in parte già state adottate, e consentiranno di garantire un graduale miglioramento della situazione a partire da dicembre 2011.
- Il programma straordinario di audit e ispezioni su aziende suine accreditate per peste suina africana e peste suina classica (Determina dirigenziale n. 1253 del 7/11/11), comprensivo di una attività di supervisione della regione, necessita di miglioramento, al fine di definire correttamente obiettivi differenti tra audit e ispezioni, in modo da favorire la migliore comprensione dell'audit. Inoltre sarebbe necessario esplicitare con chiarezza il ruolo della Regione nell'ambito dell'attività ispettiva e di audit delle ASL e le modalità con le quali eseguirà tale supervisione. Sarebbe infine opportuno fornire linee di indirizzo per la scelta, da parte delle ASL, dello strumento di controllo ufficiale più adeguato.
- Il Sistema di audit regionale, di recente istituzione, non assicura al momento una adeguata copertura di tutti i servizi territoriali di riferimento

○ DIPARTIMENTI

- Il frequente ricambio della dirigenza di vertice delle Aziende ASL (quasi una volta l'anno nell'ultimo triennio, per le ASL audite) ha influito in modo decisamente negativo sui processi di gestione della dirigenza sanitaria e sugli altri strumenti essenziali per il governo del SSN (processo di dipartimentalizzazione, di programmazione, sistema di budgeting, assegnazione degli incarichi, sistema di valutazione dei dirigenti).

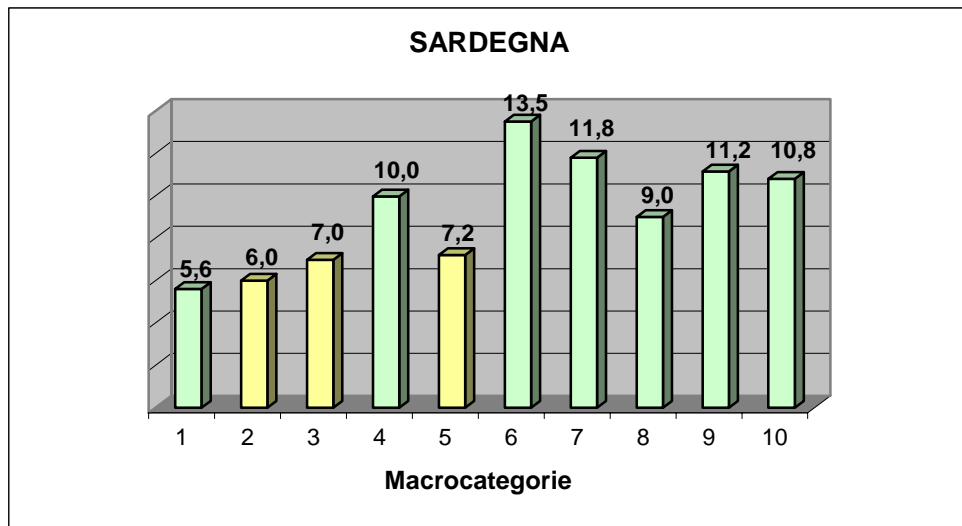
- La programmazione pluriennale in alcuni casi non ha investito i Dipartimenti di Prevenzione e/o non ha fornito agli stessi obiettivi di medio-lungo periodo da conseguire, privando di fatto le strutture dei necessari stimoli verso il processo di miglioramento continuo.
- È stata rilevata una disomogeneità del livello di adeguatezza della programmazione sia tra le Aziende che tra i Servizi all'interno delle Aziende medesime.
- In alcuni casi sono risultati disattesi gli indirizzi impartiti dalla Regione (differenti check list per la categorizzazione del rischio, difformità di comportamento rispetto alle difficoltà di reperire laboratori ufficiali accreditati). In alcuni casi le check list utilizzate per la categorizzazione del rischio degli stabilimenti riconosciuti sono risultati diversi da quelli previsti dalla Regione.

o RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda di:

- adottare le procedure opportune per assicurare il pieno rispetto degli obblighi informativi riguardo sia alla tempistica che alla qualità del dato per consentire l'attuazione di quanto previsto dall'articolo 44 del Reg. 882/04;
- aggiornare il Sito web regionale al fine di assicurare la migliore informazione al pubblico e agli operatori sanitari ai sensi dell'art. 7 del Reg 882/04;
- di adottare azioni opportune per la rimozione delle difficoltà operative/organizzative del Servizio di prevenzione dell'Assessorato regionale, al fine di assicurare la rispondenza ai criteri operativi di cui all'art. 4 paragrafo 2, lettera c) del Reg. 882/04;
- incrementare l'attività di audit ai sensi dell'articolo 4 paragrafo 6 del Reg. 882/04;
- rafforzare, ai sensi dell'articolo 4 paragrafo 3 del Reg. 882/04, un adeguato coordinamento con l'autorità centrale competente e la concertazione dei provvedimenti regionali riferibili alle materie di profilassi internazionale;
- rafforzare la dotazione di laboratori ufficiali che garantiscano l'espletamento completo dei controlli ufficiali.

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA VALUTAZIONE DEI PRINCIPALI ELEMENTI OGGETTO DI VERIFICA NELL'AUDIT DI SISTEMA IN REGIONE SARDEGNA



1 Piano Sanitario Regionale

2 Documento di programmazione economica e finanziaria

3 Adeguatezza uffici Regionali

4 Personale uffici Regionali

5 Adeguatezza risorse Strumentali

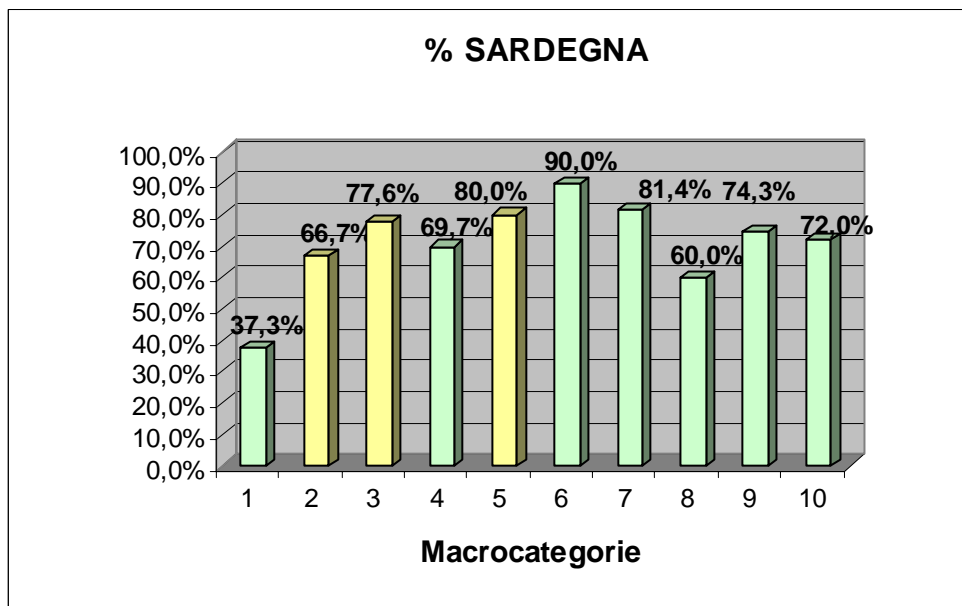
6 Adeguatezza delle risorse normative

7 Adeguatezza flussi informativi

8 Sistema valutazione dirigenti regionali

9 Capacità ricognitiva delle problematiche territoriali e conoscenza del territorio

10 Capacità di lavorare per progetti e obiettivi



SARDEGNA
“SCHEMA DI SINTESI DEGLI INDICATORI REGIONALI”

PIANO SANITARIO REGIONALE (1)					
PSR: data e contenuti	AGGIORNATO E ADEGUATO	NON AGGIORNATO MA ADEGUATO	NON AGGIORNATO E INADEGUATO		
PSR: comunicazione del documento	DIVULGATO	RESO DISPONIBILE	NON ACCESSIBILE		
PSR: elaborazione	PARTECIPATIVA CON SERVIZI VET. E IGIENE ALIM.	PARTECIPATIVA CON ESCLUSIONE SERVIZI VET. E IGIENE ALIM.	AUTOREFERENZIALE		
PSR: monitoraggio stato attuazione	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE	ASSENTE		X ¹⁾
DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA (2)					
DPEF: struttura	COMPRENDE LA SICUREZZA AL. E LA SANITA' VETERINARIA	NON COMPRENDE LA SICUREZZA AL. E LA SANITA' VET.	ASSENTE		X ²⁾
DPEF: finalità	STRATEGICA	PROGRAMMAZIONE	COMUNICATIVA	FORMALE	FINANZIARIA
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	DISPONIBILI	NON DISPONIBILI	NON SPECIFICATE		
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI (3)					
STRUTTURA ORG.VA DELL'ASSESSORATO	A REGIME	DI RECENTE RIORGANIZZAZIONE	IN FASE DI RIORGANIZZAZIONE		
ARTICOLAZIONI ORG.VE vs COMPETENZE	IDONEE	ECESSIVAMENTE RESPONS.ATE	FRAMMENTATE	DUPLICATE	X ³⁾
↓ 4) DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.	APPROPRIATA	PARZIALMENTE APPROPRIATA	NON FUNZIONALE		
↓ 5) GAZZETTA UFFICIALE	AGGIORNAMENTO COSTANTE	PARZIALMENTE ACCESSIBILE	NON FUNZIONALE		
BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio	ADEGUATO	PARZIALMENTE ADEGUATO	SETTORE SANITA'		
PERSONALE PREPOSTO AGLI UFFICI REGIONALI (4)					
N° E NATURA DEL PERSONALE	ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE	PARZ.TE ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE	PARZ.TE ADEGUATO	INADEGUATO	
↓ 6) DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	OPPORTUNAMENTE DISTRIBUITE	SETTORIALE	SECONDO ESIGENZE		
QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE	IDONEA	AFFERENTE A DISCIPLINE DIVERSE	PRIVO DI QUALIFICA		
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	PRESENTE	ASSENTE			
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE STRUMENTALI (5)					
↓ 7) LIVELLO TECNOLOGICO UFFICI REGIONALI (ICT)	IDONEO E COMPLETO	PARZIALMENTE IDONEO	INADEGUATO		
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE (6)					
“NORMATIVA” PRODOTTA ultimi 5 anni	ADEGUATA	PARZIALMENTE ADEGUATA	INADEGUATA		
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	EMANATE E INDICAZIONI SU S.A. E S.V.	EMANATE	NON EMANATE		

	LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	ADEGUATE E FACILMENTE ACCESSIBILI	PARZIALMENTE IDONEE	ASSENTI	
ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI (7)					
↓ 8)	FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	ELEVATO E INFORMATICO	ELEVATO NON INF.ICO	NON IDONEO	
	FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE	INF.ICO CON PROCEDURE STANDARD	PRIVO DI PROCEDURE INFORMATIZZATE	INADEGUATO	
	FLUSSO DELLA POSTA	RAPIDO E PROCEDURE STANDARD	LENTO	INADEGUATO	
	SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	ADEGUATO	PARZIALMENTE ADEGUATO	INADEGUATO	
SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI REGIONALI (8)					
	VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE	ASSENTE	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	DURANTE MANDATO	A FINE MANDATO	NON PROGRAMMATA	
	VALUTAZIONE DG ASL: natura	OB.VI DI SETTORE VINCOLANTI	OB.VI DI SETTORE NON VINCOLANTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE	NON PRECISATA X ⁹⁾
	VALUTAZIONE DG ASL: modalità	OBIETTIVI NEGOZIATI E DOCUMENTATI	OBIETTIVI NEGOZIATI	OBIETTIVI IMPOSTI	CRITERI NON FORMALIZZATI X ⁹⁾
CAPACITA' RICOGNITIVA DELLE PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA DEL TERRITORIO (9)					
	AUDIT REGIONALE: frequenza	SISTEMATICA E PROGRAMMATA	PARZIALE E PROGRAMMATA	CASUALE/ ASSOCIATA	ASSENTE
	ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	ASL E STRUTTURE PRODUTTIVE	ASL O STRUTTURE PRODUTTIVE	CONTINGENTE	
↓ 10)	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	SISTEMA INFORMATIVO DEDICATO	SISTEMA INFORMATIVO TRADIZIONALE	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	ASSENTE
	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	DATI AGGIORNATI E FACILMENTE ACCESSIBILI	DATI NON AGGIORNATI / FACILMENTE ACC.	DATI NON AGGIORNATI / NON FACILMENTE ACC.	DATI NON REGISTRATI X ¹¹⁾
	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	SERVIZI VETERINARI E IGIENE ALIMENTI	SERVIZI VETERINARI O IGIENE ALIMENTI	NESSUNO	
CAPACITA' DI LAVORARE PER PROGETTI E OBIETTIVI (10)					
↓ 12)	RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DELL'SSN	AMPIA E A PROGETTO	LIMITATA	PRATICAMENTE ASSENTE	
	GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	AD OBIETTIVO	STABILI	ASSENTI	
	GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	MULTIDISCIPLINARE E MULTISTITUZIONALE	REGIONALE/ AZIENDALE	ESTERNO	
	ACCREDITAMENTO e/o CERTTIFICAZIONE REG	ACC. e/o CERTIF. OTTENUTO	ACC. e/o CERTIF. IN CORSO	NON OTTENUTA	NON PREVISTA

NOTE:

1 – Non è stato possibile acquisire informazioni circa la presenza/assenza di una attività di monitoraggio annuale sullo stato di attuazione del Piano Sanitario Regionale a causa di criticità organizzative e gestionali interne all'Ente.

2 – Non è stato possibile acquisire informazioni circa la presenza/assenza del documento di programmazione economico finanziario della Regione a causa di criticità organizzative e gestionali interne all'Ente.

3 – All'unica articolazione organizzativa di livello dirigenziale afferisce un ampio e gravoso case-mix di competenze (dell'Area A, B e C della veterinaria, del SIAN, della Sicurezza sul lavoro nonché della Igiene e Sanità Pubblica).

4 – Parte delle articolazioni organizzative afferenti al Servizio di Prevenzione sono dislocate in un altro edificio.

5 – A livello regionale non è prevista una procedura o non è attiva una modalità operativa che garantisca l'aggiornamento costante dei funzionari e dei dirigenti riguardo la normativa comunitaria, nazionale e regionale. L'aggiornamento, seppur possibile grazie a convenzioni mirate, è affidata alla professionalità ed alla volontà del singolo dipendente regionale.

6 – I provvedimenti regionali di attribuzione delle competenze alle articolazioni organizzative del Servizio di Prevenzione non contengono una declaratoria completa delle stesse.

7 – Il cellulare di servizio è in dotazione solo per il dirigente del Servizio e non per i referenti tecnici delle articolazioni organizzative.

8 – Il sistema informativo regionale (SISAR) è in fase di implementazione, ma al momento non per tutte le linee di attività

9 – Non è stato possibile acquisire informazioni circa la presenza/assenza di una attività di valutazione dei Direttori Generali delle AASSLL da parte della Regione a causa di criticità organizzative e gestionali interne all'Ente.

10 – Non è a regime il processo di analisi dei dati.

11 – Per la maggior parte delle linee di attività esiste un sistema informativo adeguato. La Regione sta implementando un sistema informativo informatico.

12 – Sono state rilevate criticità riguardo al rispetto degli adempimenti informativi nei confronti del Ministero della salute e nella mancata concertazione per i provvedimenti concernenti materie afferenti l'area della sanità animale e della profilassi internazionale.

REGIONE SARDEGNA: Valutazione di due elementi di management sanitario dei DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE delle AA.SS.LL

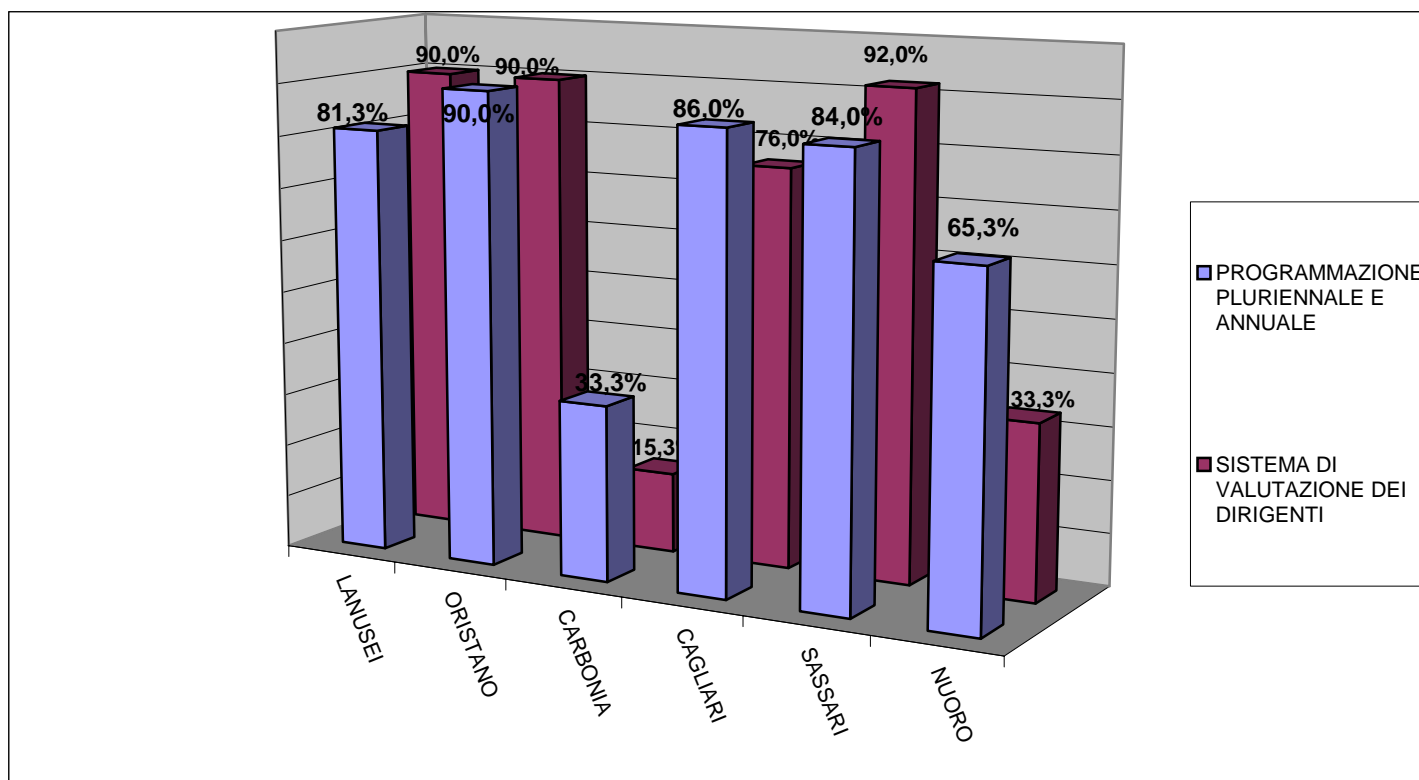
Di seguito sono riportati i risultati della valutazione di due macro-elementi importanti per il governo delle Aziende Sanitarie Locali: la *programmazione pluriennale e annuale* e il *sistema di valutazione dei dirigenti*.

Essi sono stati oggetto di attenta valutazione esclusivamente per gli aspetti che riguardano la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.

Ciascun macro-elemento è stato osservato nelle sue sub-articolazioni. Il giudizio degli auditor è stato standardizzato predefinendo una graduazione di situazioni (e di livelli di applicazione), al quale è stato fatto corrispondere un correlato punteggio graduato.

In una apposita *LEGENDA*, allegata allo strumento di valutazione, sono stati definiti i criteri di valutazione per ciascuna graduazione di giudizio.

Gli strumenti di governo valutati, e le loro sub-articolazioni, sono riportate nelle pagine seguenti.



**Sintesi della VALUTAZIONI, espresse in percentuale,
dei DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE delle AA.SS.LL**

ASL	PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI
LANUSEI	81,3%	90,0%
ORISTANO	90,0%	90,0%
CARBONIA	33,3%	15,3%
CAGLIARI	86,0%	76,0%
SASSARI	84,0%	92,0%
NUORO	65,3%	33,3%

ASL n. 4 di LANUSEI..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE						
↓ 1)	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/ INADEGUATO	
↑ 2)	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA	
↑ 2)	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISA E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA	
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI	
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI						
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI	
↓ 3)	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE
↓ 4)	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA	

- 1) Il documento strategico pluriennale aziendale individua le attività strategiche del Dipartimento di Prevenzione ma gli obiettivi non sono declinati in modo esplicito.
- 2) Per alcune linee di attività si raggiunge un buon livello di analiticità sia per il processo di programmazione della attività che del conseguente monitoraggio delle stesse.
- 3) I criteri per la valutazione sono codificati e formalizzati solo per i dirigenti a cui sono affidati gli incarichi di struttura semplice e complessa.
- 4) A livello di U.O. la valutazione annuale si limita agli aspetti di natura comportamentale e gestionale ed è effettuata tramite un processo di autovalutazione.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL n. 4 di Lanusei	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			12,2	15	81,3%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,5	1,4	3,2		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5	1,4	2,1		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			13,5	15	90,0%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0	0,8	3,6		

ASL n. 5 di ORISTANO..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ 1)	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/ INADEGUATO	
↓ 2)	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA	
	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISA E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA	
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI	

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI		
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA		X³⁾

- 1) Gli obiettivi di medio-lungo periodo individuati dal documento strategico aziendale non sono definiti in modo puntuale e non prevedono la "temporizzazione" degli stessi.
- 2) Per alcuni Servizi la programmazione risulta corretta e completa ma elaborata in modo "verticale" ossia per linea di attività e pertanto non è in grado di evidenziare il mix delle attività che ricadono sul singolo operatore.
- 3) l'Azienda ha optato per una processo di valutazione annuale che, seppur eseguita correttamente come procedura e tempistica, individua gli obiettivi da perseguire a livello di equipe e pertanto non raggiunge un livello di analiticità tale da responsabilizzare direttamente il singolo dirigente rischiando di non riuscire a far emergere le eccellenze o le inefficienze.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL n. 5 di Oristano	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			13,5	15	90,0%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	3,0	0,8	3,6		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	3,0		3,0		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			13,5	15	90,0%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	2,0		3,0		

ASL n. 7 di CARBONIA..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ 1)	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/INADEGUATO	
	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA	X²⁾
	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISA E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA	X²⁾
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI	

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI		
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA		X³⁾

- 1) I documenti presi in visione contengono l'analisi di contesto e la rendicontazione delle principali macroattività svolte negli anni precedenti
- 2) Si evidenzia un elevato grado di disomogeneità nel processo di programmazione e monitoraggio della attività riguardanti che non sempre risultano adeguati. Si apprezza tuttavia il livello raggiunto del SIAN nel processo di programmazione che esplicita correttamente, oltre alla ricognizione normativa (evidenziando il totale delle attività da svolgere previste dalle disposizioni vigenti) anche un adeguato studio di fattibilità (quantificando l'attività che è possibile garantire in base alle risorse disponibili).
- 3) Nel corso del 2011 è stato avviato il processo di valutazione dei dirigenti che al momento coinvolgerà solamente coloro ai quali è stato conferito l'incarico di struttura semplice e complessa.

INDICATORI DIPARTIMENTALI.....ASL n. 7 di Carbonia	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			5,0	15	33,3%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	1,5	0,8	1,2		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,5		2,3		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5		1,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	0,0		0,0		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			2,3	15	15,3%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,5		2,3		

ASL n. 8 di CAGLIARI..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ ¹⁾	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/ INADEGUATO	
	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA	
	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISA E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA	
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI	X²⁾

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

↓ ³⁾	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI		X⁴⁾
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE		PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA		

- 1) Al Piano Strategico 2007-2009, apprezzabile nei contenuti, è stato dato seguito in modo limitato anche durante il corso di validità.
- 2) L'Azienda ha avviato il processo di budgeting approvandone il regolamento ma al momento non può considerarsi a regime.
- 3) Il processo di valutazione ha avuto momenti altalenanti di efficacia con conseguente limitatezza di obiettivi strategico/operativi.
- 4) Dal 2009 la valutazione non prevede obiettivi prestazionali/quantitativi riconducibili, seppur indirettamente, alle competenze esclusive del Dipartimento di Prevenzione.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL n. 8 di Cagliari	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			12,9	15	86,0%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	3,0		4,5		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	3,0		3,0		
STRUMENTI DI P&C	1,5	2,0		3,0		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			11,4	15	76,0%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	2,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	1,5		1,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		

ASL n. 1 di SASSARI..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

↓ 1)	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE	ASSENTE/ INADEGUATO	
↓ 2)	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE	INADEGUATA	
	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISA E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA	INADEGUATA	
↓ 3)	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
↓ 3)	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
↓ 3)	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA	

- 1) L'ASL non ha prodotto un documento unico aziendale. In ogni caso l'azienda ha formalizzato con delibera il documento pluriennale del Dipartimento di Prevenzione che definisce correttamente gli obiettivi strategici dei Servizi Veterinari e del SIAN.
- 2) Per alcune linee di attività, la programmazione non è in grado di evidenziare il mix delle attività che ricadono sul singolo operatore.
- 3) Il processo di budgeting così come il processo di valutazione annuale degli obiettivi è stato avviato recentemente e pertanto, seppur apprezzabili, non risultano a regime.

INDICATORI DIPARTIMENTALI.....ASL n. 1 di Sassari	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			12,6	15	84,0%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0	0,8	2,4		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	3,0	0,8	3,6		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	3,0		3,0		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0	0,8	3,6		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			13,8	15	92,0%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		

ASL n. 3 di NUORO..... INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE

	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE	ASSENTE/ INADEGUATO	
↑ ¹⁾	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE	INADEGUATA	
↑ ²⁾	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISA E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA	INADEGUATA	
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE	ASSENTE	X³⁾	
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI	X⁴⁾
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE	ASSENTE	X³⁾	
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA	X⁴⁾

- 1) Il SIAN è dotato di un Sistema Informativo dedicato che comprende l'anagrafica degli OSA ed è in grado di supportare il processo di programmazione delle attività del Servizio.
- 2) Per alcune linee di attività il monitoraggio risulta corretto e puntuale.
- 3) E' stato mostrato il format per la valutazione degli incarichi ma il processo non risulta a regime.
- 4) Lo strumento per la valutazione annuale degli obiettivi, seppur presente, non ha evidenziato un sufficiente grado di efficacia.

INDICATORI DIPARTIMENTALI..... ASL n. 3 di Nuoro	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			9,8	15	65,3%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	1,5		1,5		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	1,5	1,4	3,2		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	1,5	1,4	2,1		
STRUMENTI DI P&C	1,5	2,0		3,0		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			5,0	15	33,3%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	1,0		1,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	1,0		1,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

Il presente rapporto consta di 19 pagine e viene consegnato alla Direzione Generale della Sanità della Regione Sardegna.

Cagliari lì 18/11/2011