

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**numero **519/CS** data **20 giu. 2019****Oggetto: Approvazione Relazione sulla Performance anno 2018.**

Esercizio _____ Conto _____

Centro di Costo _____

Sottoconto n° _____

Budget:

- Assegnato € _____

- Utilizzato € _____

- Presente Atto € _____

- Residuo € _____

Ovvero schema allegato Scostamento Budget NO SI Il Direttore UOC Economico finanziaria e
patrimoniale _____

Data.....

UOC Programmazione e Controllo

f.to

Estensore Lara MalucelliIl Responsabile del procedimento Angela Maria
Salvatori

f.to

Data 20/06//2019 Firma _____

Il Direttore Angela Maria Salvatori

f.to

Data 20/06/2019 Firma _____

Proposta n° 537 del 20/06/2019

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO_____
f.to

Data ____20/06/2019_____

IL DIRETTORE SANITARIO
dr. Antonio Fortino**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**_____
f.to

Data ____20/06/2019_____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dr. Cristiano Camponi

La presente deliberazione si compone di n° 58 di cui n° 14 di pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.

Il Direttore della UOC Programmazione e Controllo

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 che all'art. 10, comma 1 lett. a) e b) prevede, tra l'altro, l'adozione entro il 30 giugno di ogni anno di un documento che evidenzi, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, denominato "Relazione sulla Performance";

PREMESSO le linee guida adottate dalla CIVIT, con deliberazione n. 5 del 07/03/2012 e s.m.i., ai sensi dell'art. 13, comma 6 lett. b) del D. Lgs n. 150/2009, che definiscono la struttura e le modalità di redazione della relazione di cui all'art. 10 dello stesso decreto;

le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri predisposte per la redazione della Relazione della Performance per i Ministeri, per quanto applicabili;

il "Piano di Rientro A.O. San Giovanni Addolorata 2017 - 2019" ex DCA Regione Lazio n. U00237/2016 adottato con la delibera n. 236/DG del 21/03/2017 ed approvato con DCA R.L. n. U00223 del 16/06/2017;

la delibera n.71/DG del 30/01/2018 di adozione del PTTTPC triennio 2018 – 2020;

che con deliberazione n. 173/DG del 28/02/2018 è stato adottato il Piano della Performance 2018 - 2020;

che con deliberazione n. 253/DG del 16/03/2018 il Direttore Generale ha preso atto della negoziazione degli obiettivi per l'anno 2018 e della sottoscrizione ed accettazione delle schede di budget per l'anno 2018 da parte dei CdR di I e II livello concludendo così la fase negoziale degli obiettivi;

il DCA n. U00412 del 12/11/2018 "Definizione, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2018

CONSIDERATO che il quadro di attuazione degli obiettivi come sopra fissati, declinati ed assegnati è stato oggetto di consuntivazione;

che dall'attività di consuntivazione summenzionata è stato possibile misurare il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi dell'anno 2018, fissati e declinati per le singole strutture competenti per materia;

che l'esito di tale misurazione è contenuto nella Relazione sulla Performance per l'anno 2018;

che la validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance costituisce, ai sensi dell'art. 14, comma 6, del D. Lgs n. 150/2009, il passaggio formale e sostanziale del processo di misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati raggiunti per l'accesso ai sistemi premianti;

RITENUTO

di dover procedere all'approvazione della Relazione della Performance per l'anno 2018 che, allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale, ed alla trasmissione di copia della relazione all'OIV ai fini della validazione della stessa;

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

ATTESTATO

in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

per i motivi dettagliatamente esposti in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di approvare la Relazione sulla Performance per l'anno 2018, costituita di n. 53 pagine, che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il presente atto all'OIV ai fini della validazione della relazione stessa, che costituisce, ai sensi dell'art. 14, comma 6, del d.lgs n. 150/2009, il passaggio formale e sostanziale del processo di misurazione, valutazione e rendicontazione dei risultati raggiunti per l'accesso ai sistemi premianti.

Il Direttore
f.to dr.ssa Angela Maria Salvatori

II COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTO

il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

IN VIRTU' dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00014 del 01/02/2019;

PRESO ATTO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

VISTO il parere positivo del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

Ritenuto di dover procedere

DELIBERA

Di approvare la proposta, così come formulata, rendendola disposta.

La U.O.C. Programmazione e Controllo provvederà a porre in essere gli adempimenti di competenza previsti.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione Trasparenza curerà che al presente atto venga data la più ampia evidenza mediante la pubblicazione nella intranet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La UOC Affari Generali e Gestione Amministrativa ALPI curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
f.to dr.ssa Ilde Coiro

Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2019 (2018)



La presente relazione, predisposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

I dati utilizzati per la consuntivazione, qualora non sia indicata una fonte terza, sono dati interni aziendali.

SOMMARIO

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	5
1.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	5
1.2 L'AMMINISTRAZIONE	5
1.3 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	12
2. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	13
2.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE (allegato n. 1).....	13
2.2 OBIETTIVI STRATEGICI.....	14
2.3 OBIETTIVI OPERATIVI.....	15
2.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	16
2.5 CICLO DELLA PERFORMANCE E MONITORAGGI	17
2.6 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	22
3. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'	35
4. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	35
5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	37
5.1 FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA'	37
5.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	39

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

1.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Il processo di riforma del SSR avviato con il D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e con la Legge Regionale Lazio 16 giugno 1994, n. 18 ha investito tutte le Aziende Sanitarie, comportando in alcuni casi fusioni tra diverse realtà, in altri la riorganizzazione del soggetto giuridico. Questa ultima ipotesi è riconducibile all'Azienda che, pur se non destinataria di accorpamenti con altre aziende, nel tempo ha dovuto rivedere la propria organizzazione in funzione degli indirizzi provenienti dalla programmazione sanitaria regionale in tema di razionalizzazione delle strutture ospedaliere (riduzione del numero delle strutture attraverso soppressione ed accorpamenti di strutture di medesima disciplina), di ottimizzazione degli indici e dei parametri di attività (soppressione e/o accorpamento di strutture a bassi indici di produttività) e di riduzione dei posti letto (rientro nell'ambito del numero di posti letto fissati con i Decreti del Commissario ad Acta) e da ultimo da Piano di Rientro.

1.2 L'AMMINISTRAZIONE

L'A.O. San Giovanni Addolorata è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30 giugno 1994, ai sensi e per gli effetti della L.R. Lazio n. 18 del 16 giugno 1994, ed è stata attivata a decorrere dal 1° luglio 1994.

L'attuale assetto organizzativo si basa sull'Atto Aziendale vigente, approvato dagli organi regionali con DCA RL U00117 del 18/03/2019, e s.m.i.

Si articola, ai fini della performance organizzativa, in:

A. CdR di primo livello :

- Dipartimenti (art. 17 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.) e Aree funzionali;
- Unità operative centrali e di Staff, Uffici amministrativi, DMPO;

B. CdR di secondo livello :

- Unità operative complesse e unità operative semplici dipartimentali afferenti i dipartimenti.

L'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute, fortemente orientata al servizio, capace di risposte tempestive e soddisfacenti alle esigenze degli assistiti, individuando il riferimento costante della propria azione nella persona. Soddisfa la domanda di salute espressa dagli assistiti, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurando interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati ed orientati all'innovazione.

I principi ai quali l'Azienda nello svolgimento delle sua missione conforma le sue azioni sono:

- la centralità della persona ed il rispetto della dignità umana
- l'universalità dell'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi
- la qualità, l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure
- l'eticità e la trasparenza delle scelte e dei comportamenti
- la sostenibilità economica e l'efficienza gestionale

In attuazione dell'art. 32 della Costituzione ed ai sensi dell'art. 117 della Costituzione ed in attuazione del D.L.gs 19 giugno 1999, n. 229 e successive modifiche ed integrazioni, nonché delle leggi regionali a tutela del diritto alla salute, l'Azienda assicura l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche, terapeutiche e riabilitative oltreché di prevenzione, nell'ambito degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale e tenendo conto delle risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie, organizzative ed umane in dotazione.

Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e delle direttive regionali in materia, l'Azienda garantisce, indistintamente ad ogni cittadino italiano o straniero nonché alle persone migranti qualunque ne sia il sesso l'età o la religione, prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specializzazione e di emergenza-urgenza.

Le prestazioni erogate sono rivolte a trattare, di norma:

- condizioni patologiche indifferibili (emergenza-urgenza)

- patologie acute

Le prestazioni rivolte a trattare le condizioni patologiche indifferibili (emergenza-urgenza) e le patologie acute, sono effettuate:

- in forma di ricovero di emergenza e/o urgenza (linea dell'emergenza)
- in forma di ricovero ordinario programmato (linea di elezione)
- in forma di ricovero diurno programmato (linea di elezione)
- in trattamento ambulatoriale
- in trattamento sanitario obbligatorio

L'Azienda è integrata nelle reti definite dalla Regione Lazio per livelli di assistenza e per patologia, con le modalità e le funzioni definite dall'organo regionale.

L'Azienda riconosce, inoltre, come interesse rilevante, l'integrazione con le Aziende Sanitarie che insistono sul territorio di riferimento ed, in particolare, con le Aziende ASL di Roma e Provincia.

Nello specifico, instaura con le Aziende territoriali rapporti di collaborazione per la gestione integrata di particolari categorie di pazienti, quali gli anziani fragili affetti da multipatologie ed i pazienti affetti da patologie croniche in ambito cardiologico, pneumologico e nefrologico, per i quali vengono definiti, d'intesa, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali all'interno dei quali vengono assicurati interventi specialistici di competenza anche con l'utilizzo della telemedicina, in particolare per l'assistenza post dimissione ospedaliera.

Presso l'Azienda è allocato il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della ASL Roma 2 che opera autonomamente, secondo la regolamentazione stabilita tra le due Aziende.

In campo oftalmologico è stato realizzato con l'IRCCS Fondazione G. B. Bietti, allocata presso il presidio ospedaliero oculistico "Britannico" dedicato a Rita Levi-Montalcini un rapporto di collaborazione finalizzato all'accrescimento delle competenze del personale e la qualità dell'assistenza,

Il perseguimento degli obiettivi, derivanti dalla missione aziendale, è assicurato mediante l'attuazione di principi, logiche e strumenti di governo clinico ed economico.

Assume infine rilevanza primaria, nella missione istituzionale dell’Azienda, la formazione (di base, avanzata e continua) dei professionisti nell’assistenza.

Gli standard di qualità in termini generali sono individuati ed illustrati nell'ambito della Carta dei Servizi, disponibile sul sito istituzionale. Vengono effettuate indagini di Customer Satisfaction attraverso interviste di persona e telefoniche relativamente alla attività di ricovero presso i reparti di degenza, i cui risultati sono disponibili sul sito istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente. La funzione di tutela è regolarmente svolta dall'URP, anche sulla base delle procedure individuate e descritte nel regolamento per la gestione ed il trattamento degli esposti, disponibile sul sito nella sezione Tutela. Alla luce dei risultati ottenuti attraverso le indagini di Customer Satisfaction e dalla analisi dei reclami pervenuti all’URP, non si è finora ritenuto necessario revisionare gli standard di qualità.

L’Azienda espleta la sua attività istituzionale su tre presidi ospedalieri ed un presidio sanitario ambulatoriale e di DH.

Tabella n. 1 Presidi

	ubicazione	destinazione
P.O. San Giovanni	Piazza San Giovanni in Laterano dal n. 78 al n. 82 Roma	attività clinica per patologie acute comprensiva dell’attività di emergenza ed urgenza e dell’attività intensiva e sub intensiva, in regime di ricovero ordinario e diurno
P.O. Addolorata	Via di Santo Stefano Rotondo n. 5/a	attività clinica ed attività riabilitativa e/o post-acuzie, in regime di ricovero ordinario e diurno, attività di specialistica ambulatoriale e laboratorio galenico; ospita, altresì, il Servizio SPDC della ASL Roma2
P.O. Britannico	Via di Santo Stefano Rotondo n. 6	attività clinica in regime di ricovero ordinario e diurno ed attività di specialistica ambulatoriale ivi compresa la Banca degli Occhi
P.S. Santa Maria	Via di San Giovanni in Laterano n. 155 – 00184 Roma	attività di specialistica ambulatoriale, dialisi ed attività di ricovero a ciclo diurno

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal DCA RL n. U00257 del 05/07/2017 “Attuazione programma operativo di cui al DCA RL n. U00052/2017. Adozione del Documento tecnico denominato “Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015, la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero”, costituito dai presidi di cui ai precedenti comma 1 e comma 2 del presente articolo, è pari a n. 743 di cui almeno il 15% dedicati alle degenze diurne.

I posti letto sono aggregati per Unità di degenza con una dotazione, di norma, non inferiore a n. 20 e non superiore a n. 30. Più Unità di degenza possono condividere la gestione organizzativa dei posti letto in dotazione sia ordinari sia di DH, riuniti in Unità assistenziali omogenee.

Le unità di degenza ordinaria per patologie che necessitano di ricoveri di elezione di breve durata (1-4 giorni) sono organizzate con attività su 5 giorni alla settimana (week hospital e week surgery) al fine di perseguire un utilizzo più efficiente delle risorse.

Grafico n. 1 Posti letto ordinari per dipartimento (atto aziendale DCA RL n. U00112/2017 – Fonte dato : SIS)

Distribuzione % posti letto ordinari

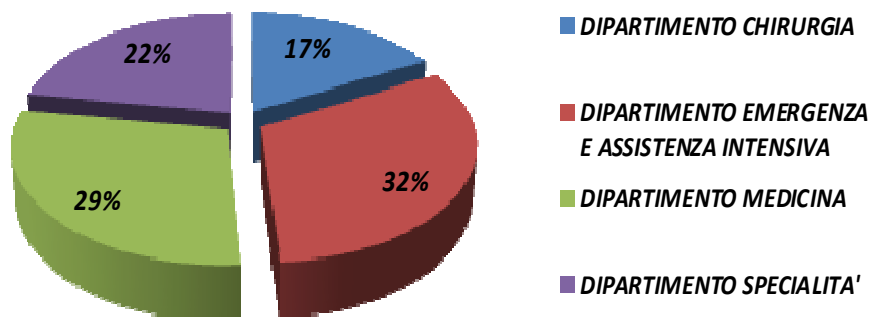
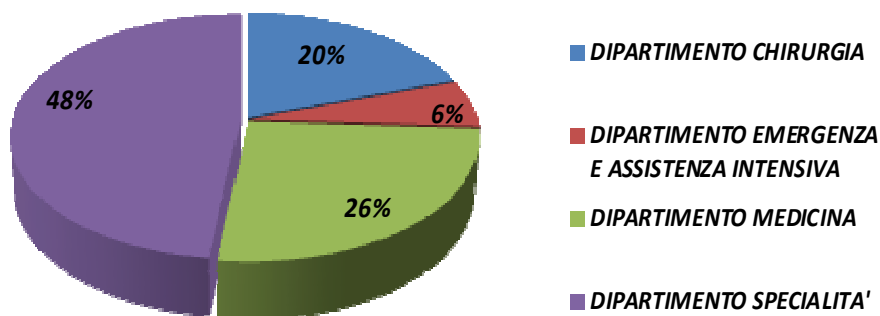


Grafico n. 2 Posti letto diurni per dipartimento (atto aziendale DCA RL n. U00112/2017 – Fonte dato SIS)

Distribuzione % posti letto diurni



La presenza, all'interno dei Presidi dell'Azienda, di molte delle principali specialità mediche e chirurgiche e di un DEA di II° livello consente una notevole capacità di risposta a tutti i fabbisogni dei cittadini che fanno ricorso alle cure ospedaliere, determinando, tuttavia, al contempo complesse problematiche organizzative, cui occorre far fronte anche con una intensa ed incisiva attività finalizzata all'efficienza ed alla riduzione del rischio clinico.

Risorse umane

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2018 è di 2.138 unità (incluso il tempo determinato).

Tabella n. 2 Articolazione Personale anno 2018 (2017)

Tipologia personale	2017	2018	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici e Dirigenti Odontoiatri	514	509	-5	- 0,97
Dirigenti ruolo sanitario non medico	19	16	-3	- 15,79
Comparto ruolo sanitario	1315	1290	-25	- 1,90
Dirigenti altri ruoli	14	14	0	-
Comparto altri ruoli	302	302	0	-
TOTALE	2164	2131	-33	-1,52

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.

Fonte dati : UOC politiche del personale e gestione risorse umane - dato al 31/12

Tabella n. 3 Indicatori Personale anno 2018

INDICATORI	VALORE
Età media del personale complessivo (anni)	52
Età media dei dirigenti (anni)	54
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	-2,21%
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	74,31%
Tasso di assenze	22%
Tasso di richieste di mobilità	2,70%
Tasso di infortuni	5,21%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto (anno)	30.345
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti (anno)	73.937
% di personale assunto a tempo indeterminato nell'anno	5,26%

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.

Tabella n. 4 Risorse finanziarie anno 2018 (2017) - Fonte dati UOC economico finanziaria e patrimoniale (CE IV trimestre 2018 dati provvisori)

	2017	2018	Variazione %
valore della produzione	183.454	184.951	0,8
Altri proventi (interessi attivi, proventi straordinari)	2.640	2.110	-20,1
costi della produzione	248.341	250.218	0,8
Altri costi (interessi passivi, oneri straordinari)	8.690	5.942	-31,6
imposte	8.192	8.302	1,3
risultato economico	-79.129	-77.401	-2,2
indice di copertura del valore della produzione rispetto ai costi complessivi di gestione %	69	70	

1.3 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

Le criticità

- carenza di personale stanti i limiti assunzionali derivanti dal Piano di rientro
- ritardi nella completa informatizzazione dei processi amministrativo – contabili - sanitari, seppur in fase di soluzione
- vetustà di talune apparecchiature sanitarie stante le limitate risorse a disposizione

Le opportunità

- presenza di specialità che per la loro valenza assistenziale e terapeutica caratterizzano l'Azienda con l'Alta Specializzazione ed il rilievo nazionale
- presenza di aree che costituiscono elemento di eccellenza per la complessità dell'attività erogata e per la qualità assistenziale fornita: oncoematologica, neurologica, cardiovascolare, osteomuscolare, materno-infantile, oftalmologica con Banca degli Occhi individuata quale Centro di riferimento regionale, chirurgica (vascolare, robotica, mammaria, otorinolaringoiatrica), radiologica interventistica, neurochirurgica.
- elevate capacità e competenze professionali
- alto livello di molte tecnologie
- mantenimento della conformità delle infrastrutture agli standard in materia di sicurezza
- contrasto alla frammentazione organizzativa attraverso il lavoro di gruppo
- adeguato supporto delle informazioni interne ed esterne
- buona definizione degli obiettivi a tutti i livelli e disponibilità di un sistema di indicatori per monitorare le principali performance delle diverse tipologie di personale per giungere ad una valutazione
- utilizzo finanziamenti regionali, recentemente stanziati, per la III fase degli investimenti sanitari derivanti dai fondi ex art 20 della Legge 67/1988.

2. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

2.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE (allegato n. 1)

Gli obiettivi strategici per l'anno 2018 in coerenza con quelli individuati dall'Azienda nel Piano di rientro 2017 – 2019 (DCA RL U00223/2017), sono stati individuati con il Piano della Performance 2018 – 2020 (delibera n. n. 173 del 28/02/2018).

Tabella n. 5 Il Piano di Rientro

	2018P	2018 P rev	2018 concordato RL	2018 Piano vs concordato RL
Ricoveri	101,82	98,82	94,80	- 7,02
Ambulatorio	23,88	23,79	19,80	- 4,08
File F	22,10	21,79	21,70	- 0,40
Contributi FSR	18,62	16,80	21,16	2,54
Altri ricavi	21,04	18,79	17,81	- 3,23
TOTALE RICAVI	187,46	179,99	175,27	- 12,19
Personale	120,64	120,64	122,80	2,16
Farmaci ed emoderivati	31,62	29,92	29,20	- 2,42
Dispositivi	20,05	20,28	23,90	3,85
Altri beni	0,35	0,32	0,32	- 0,03
Servizi	52,31	49,40	49,40	- 2,91
Altri costi	33,55	26,87	27,93	- 5,62
TOTALE COSTI DIRETTI	258,52	247,43	253,55	- 4,97
RISULTATO DI ESERCIZIO	- 71,06	- 67,44	- 78,28	- 7,22

legenda : 2018 P piano di rientro adottato approvato con DCA RL n. U00223 del 16/06/2017
 2018 P rev prima revisione del piano alla luce dei risultati 2017
 2018 concordato RL piano concordato con Regione Lazio a maggio 2018

Alla luce dei risultato economico conseguito nel 2017, complessivamente positivo ma non completamente in linea con le previsioni, il Piano è stato revisionato più volte: la prima in fase di assegnazione degli obiettivi (cfr tabella n. 4 colonna 2018P Rev) e la seconda in sede di concordato Regionale del Bilancio preventivo 2018 (cfr tabella n. 4 colonna Concordato RL).

Nel mese di maggio 2018 successivamente al concordato regionale, alla luce dei risultati di monitoraggio al I trimestre e delle analisi sui dati attività e consumi di alcuni CdR, alla

voce dispositivi della colonna 2018 P Rev (obiettivo operativo 1.2.3) è stato attribuito il valore concordato con la Regione (cfr. 2.5 Ciclo della Performance e monitoraggi - paragrafo monitoraggi).

2.2 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici aziendali individuati per l'anno 2018 discendono dal Piano di rientro n. 236/2017 così come approvato con DCA RL n. U00223 del 16/06/2017 “applicazione del comma 525 dell’art. 1 L. n. 208 del 28/12/2015. Approvazione dei Piani di rientro triennali”.

Sono state individuate le seguenti AREE STRATEGICHE a livello aziendale cui è stato assegnato il relativo punteggio come segue :

AREA 1 Piano di Rientro (quantitativi)	punti	75
AREA 2 Organizzativo qualitativa	punti	15
AREA 3 Trasparenza e prevenzione corruzione	punti	10
punteggio totale	punti	100

Gli obiettivi strategici di AREA 1 sono di natura quantitativa e corrispondono a :

- Efficientamento dell’offerta assistenziale (razionalizzazione delle attività di ricovero DH e clinica finalizzate all’incremento e/o aumento della complessità dell’attività)
- Efficientamento gestionale (razionalizzazione dell’utilizzo delle risorse umane, tecnologiche e di beni finalizzata al contenimento dei costi)

Gli Obiettivi strategici di AREA 2 e 3 hanno natura organizzativo qualitativa e specificamente riguardano i seguenti ambiti :

AREA 2

- riorganizzazione delle aree,
- protocolli percorsi ed esiti,
- eccellenza e innovazione,
- rischio clinico e ICA,

- normative ed altro,

AREA 3

- trasparenza e prevenzione della corruzione (rispetto degli obiettivi da PTPCT - Piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza)

2.3 OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi strategici sono stati successivamente declinati in obiettivi operativi assegnati in sede di negoziazione ai singoli Centri di responsabilità (CdR) di primo livello (Dipartimenti, UUOO non afferenti i Dipartimenti) e nell'ambito di questi ai CdR di secondo livello così come individuati nell'atto aziendale così come risultano dalla delibera di presa d'atto degli obiettivi assegnati (delibera n. n. 253 del 16/03/2018).

La declinazione è avvenuta nel rispetto dei limiti del bilancio preventivo 2018 e delle indicazioni regionali e del processo delineato nel Regolamento del Ciclo di Gestione della Performance.

Qui di seguito si riporta schematicamente il peso (punti) assegnato agli obiettivi per AREA/tipologia di CdR

CdR I livello Dipartimenti

AREA 1 obiettivi aziendali da Piano di Rientro (media quantitativi dei punteggi di II livello)	punti	75
AREA 2 organizzativo qualitativa (media dei punteggi II livello)	punti	15
AREA 3 Trasparenza e prevenzione corruzione	punti	10
punteggio totale	punti	100

CdR I livello Unità operative centrali e di Staff, DMPO

AREA 1 obiettivi aziendali da Piano di Rientro (quantitativi)	punti	30
AREA 2 organizzativo qualitativa	punti	70
punteggio totale	punti	100

CdR I livello Uffici amministrativi

AREA 2 organizzativo qualitativa (media dei punteggi II livello)

AREA 3 Trasparenza e prevenzione corruzione

} **punteggio totale**
100

CdR II livello

AREA 1 obiettivi aziendali da Piano di Rientro (quantitativi)

punti 75

AREA 2 organizzativo qualitativa (media dei punteggi II livello)

punti 25

punteggio totale

punti 100

Per una maggiore comprensione qui di seguito si riporta una scheda di budget tipo.

UO XXXXXXX (punti 100)											
1. Obiettivi da Piano di Rientro - Quantitativi (tot. 75 punti)											
Ricavi €/Min	2018P	2018 CSN	Variazione risp. 2018P C=B-A	peso	PUNTI	Costi €/Min	2018P	2018 CSN	Variazione risp. 2018P C=B-A	peso	PUNTI
A	B					A	B				
Ricoveri			-	50	0	Personale			-	25	0
Ricoveri ordinari			-			Dirigenza			-		
Ricoveri diurni			-			Comparto			-		
Ambulatorio			-			Farmaci ed emoderivati			-		
TOTALE RICAVI DIRETTI			-			Dispositivi			-		
			-			Altri beni			-		
			-			TOTALE COSTI DIRETTI			+ 0,02 €/mia		
File F			-						-		
Ricavi figurativi/Prestazioni per			-			Costi figurativi/Prestazioni per			-		
interi erogate			-			interi ricevute			-		
Contributi FSR			-			Servizi			-		
Altri ricavi			-			Altri costi			-		
TOTALE RICAVI			-			TOTALE COSTI			-		
			-						-		
Indicatori	2018	2019	Variazione risp. 2019 C=B-A								
A	B										
Posti letto			-								
Posti letto DO			-								
Posti letto DH			-								
NPI Ricoveri			-								
Degenza media (DO A)			-								
Tasso occupazione PL			-								
Ricoveri			-								
N. casi DO A			-								
Gornate DO A			-								
N. casi DO A			-								
N. casi DO A			-								
Accessi DO A			-								
N. casi DO R			-								
Gornate DO R			-								
N. casi DO R			-								
N. casi DO R			-								
Accessi DO R			-								
Ambulatorio			-								
N. prestazioni per esterni			-								
			-								
2. Obiettivi Organizzativi - Qualitativi (tot. 25 punti)											
Macro-obiettivo	obiettivo	Indicatore	Fonte	Periodo	Dato 2018	Risultato Atteso	Peso	risultato raggiunto	PUNTI	NOTE	
Roma		Direttore Dipartimento XXXXX			XXXXX						
		Direttore UO XXXXXXXXXX			XXXXXXXX						
		Il Direttore Generale			XXXXXXXXXX						

2.4 OBIETTIVI INDIVIDUALI

Per quanto attiene gli obiettivi individuali, coerentemente con quanto previsto dal Sistema di misurazione della performance aziendale vigente adottato con deliberazioni n. 01/DG e

02/DG nel gennaio 2016, ciascun Direttore/Responsabile di UO individuato come CdR di I o II livello (per il comparto sanitario il CdR di I livello è la UOC Direzione assistenza infermieristica, le P.O. costituiscono il CdR di II livello) ha provveduto a condividere gli obiettivi organizzativi assegnati con il personale afferente la struttura e ad individuare ed assegnare agli stessi, per ruoli (amministrativo e sanitario) e per gruppi omogenei di operatori, obiettivi individuali coerenti con gli obiettivi operativi.

Il processo di valutazione della performance individuale così come strutturata sulla base dei nuovi protocolli adottati prevede per tutto il personale (apicale e non) la valorizzazione della performance sulla base di un'unica scheda di valutazione.

Nel 2018 per la prima volta è stata utilizzata la piattaforma online così come previsto dal nuovo sistema di misurazione della performance. L'utilizzo della piattaforma ha consentito una puntuale verifica della completezza del processo, del rispetto delle tempistiche e della condivisione da parte del Responsabile del CdR degli obiettivi operativi.

Per il personale del comparto sanitario, i cui obiettivi, come dianzi menzionato, fanno capo al CdR UOC Direzione assistenza infermieristica, gli obiettivi individuali sono stati assegnati per linee di attività corrispondenti alle P.O.

Nel mese di ottobre si è proceduto con la valutazione intermedia della performance individuale del personale mediante l'utilizzo della piattaforma informatica.

2.5 CICLO DELLA PERFORMANCE E MONITORAGGI

Il Ciclo della Performance 2018 è stato avviato nel mese di novembre 2017 con la presentazione in Collegio di Direzione delle proiezioni di chiusura per l'anno 2017 e i criteri utilizzati dall'Azienda per l'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018, per singolo CdR (I e II livello) si è tenuto conto di :

- dati di attività nell'anno 2017
- costi imputati nell'anno 2017
- consistenza del personale (esistente al 31/12/2017 e previsioni assunzionali)
- dotazioni tecnologiche (esistenti e previsioni di acquisto).

Sono stati calendarizzati incontri mirati con i CdR di I livello (Dipartimenti e UUOO non afferenti i Dipartimenti) previa trasmissione della documentazione via email, per la definizione degli obiettivi di budget di I e II livello.

In questa fase, alla luce dei risultati 2017, la Direzione Strategica ha rimodulato gli obiettivi di budget per la parte relativa alla produzione (RO/DH/ambulatoriale) e di costi (farmaci e dispositivi) in linea con il Bilancio Preventivo 2018 proposto dall'Azienda alla Regione Lazio (cfr tabella 5 colonna 2018 Rev).

Assegnazione degli obiettivi operativi

Nel periodo dicembre 2017- gennaio 2018 si è proceduto con la consegna delle schede con le proposte di obiettivi operativi con contestuale attivazione della vera e propria fase negoziale.

Per i CdR di primo livello/Dipartimenti la consegna, per garantire la maggiore trasparenza e condivisione del processo a livello interno, è avvenuta alla presenza dei CdR di II livello. Le schede, con le modifiche richieste, sono state inviate per email per la negoziazione di II livello e la condivisione con il personale afferente le UUOO.

Per il personale del comparto sanitario si è provveduto, in linea con gli anni precedenti, alla individuazione di specifici obiettivi facenti capo alla UOC DAI.

Nel mese di febbraio 2018 si è conclusa la fase di negoziazione di I e II livello con la firma delle schede di budget. E' stato adottato il Piano della Performance 2018 – 2020 (delibera n. 173/2018).

Nel mese di marzo 2018 si è proceduto alla consolidazione delle schede di budget con l'adozione della delibera di presa d'atto del Direttore Generale (delibera n. 253/2018).

Nel mese di maggio 2018 è intervenuto il concordamento di bilancio preventivo con la Regione; la Direzione Strategica ha stabilito di non procedere alla rinegoziazione degli obiettivi di budget, nonostante le modifiche concordate con la Regione, mantenendo in capo ai CdR e pertanto all'Azienda gli obiettivi assegnati, che risultavano più sfidanti, unica eccezione per l'AREA 1 obiettivo 1.2.3 (costi per dispositivi) per cui è stato preso a riferimento il valore concordato con la regione (cfr. paragrafo monitoraggi).

Monitoraggi

Obiettivi operativi aziendali : sono stati effettuati 3 monitoraggi mediante

- ✓ autovalutazione per gli obiettivi qualitativi
- ✓ dati di monitoraggio da PdR per gli obiettivi quantitativi

come segue :

1. MONITORAGGIO a fine marzo/aprile sono stati esaminati i dati provvisori al I trimestre degli Obiettivi di AREA 1.

Successivamente sono stati analizzati attentamente i costi per dispositivi in relazione ai CdR di II livello altospendenti (UOC Urologia, UOSD chirurgia generale con tecnica robotica, UOC Chirurgia Vascolare e UOSD Radiologia interventistica) e si è proceduto ad una revisione degli obiettivi di AREA 1 obiettivo 1.2.3 (costi per dispositivi) di detti CdR, con conseguente modifica dell'obiettivo aziendale che è stato aggiornato con il valore da concordato regionale intervenuto nel mese di maggio 2018.

2. MONITORAGGIO INTERMEDIO: ad ottobre i risultati al I semestre 2018 degli obiettivi di AREA 1 sono stati esaminati con i CdR di I e II livello secondo il seguente calendario:

- ✓ 12/10 Dipartimento Servizi diagnostici e medicina trasfusionale
- ✓ 15/10 Dipartimento Medicina
- ✓ 16/10 Dipartimento Specialità e Dipartimento di emergenza e assistenza intensiva
- ✓ 17/10 Dipartimento Chirurgia

La proiezione a chiudere dei dati del primo semestre hanno evidenziato una sostanziale coerenza dell'andamento con gli obiettivi di budget. Il Monitoraggio ha interessato anche gli obiettivi di AREA 2 e 3, per l'Area 3 sono stati acquisite dal Responsabile PTPC le valutazioni intermedie conseguite dai CdR di I livello mappati nella mappatura del rischio allegata al PTPCT (delibera n. 71/2018).

Il monitoraggio intermedio è stato sottoposto alla valutazione OIV (verbale n. 1/2019), ai fini dell'erogazione di un acconto sulla produttività 2018 concordato in sede di confronto OOSS, per gli obiettivi specifici del comparto a febbraio 2019.

3. MONITORAGGIO : a novembre la proiezione a chiudere sui dati provvisori ai 9 mesi evidenziavano ancora alcune criticità nell'area chirurgica. Il monitoraggio ha riguardato in particolare gli obiettivi di AREA 1.

Inoltre nel mese di settembre sui soli dati di attività forniti dal SIS sono state inviate ai CdR le segnalazioni di eventuali scostamenti rispetto al budget assegnato, cui sono seguite apposite riunioni con i responsabili. Sono stati effettuati anche specifici focus in relazione alle spese per farmaci e dispositivi con le relative segnalazioni in caso di scostamento rispetto alla spesa prevista (chirurgia vascolare, radiologia interventistica, oncematologia).

A marzo 2019 ai fini dell'erogazione di un acconto sulla produttività alla Dirigenza (verbale OIV n. 2/2019), concordato in sede di confronto con le OOSS, è stata predisposta una tabella con i punteggi provvisori finali, dalla quale risultava che la quasi totalità dei CdR si è posizionata al di sopra del 60% (solo n. 4 CdR di II livello al di sotto).

La fase di consuntivazione delle schede di budget è stata avviata a fine gennaio 2019 per la parte qualitativa mediante autovalutazione, per la parte quantitativa sulla base dei risultati provvisori di contabilità analitica al 31/12/2018.

La consuntivazione si è chiusa nel mese di maggio 2019, per l'AREA 1 sui dati di contabilità analitica e sui dati provvisori di bilancio 2018 così come inviati in Regione, per l'AREA 2 sui dati di autovalutazione verificati con le "Fonti dato", per l'AREA 3 sulla base della valutazioni finale conseguite dai CdR di I livello mappati nella mappatura del rischio allegata al PTPCT (delibera n. 71/2018). Delle risultanze del processo è stata data comunicazione all'OIV (verbale n. 4 del 29/05/2019). Il consolidamento delle schede è avvenuta nella prima decade di giugno 2019.

In sede di consuntivazione finale si è proceduto alla cassazione dei seguenti obiettivi operativi con conseguente riparametrizzazione dei punteggi.

Tabella n. 6 Obiettivi cassati (Fonte UOC programmazione e Controllo)

UOC	Macro obiettivo	Obiettivo	NOTE
100335 - UOSD SVILUPPO ORGANIZZATIVO	PTPCT	Raggiungimento obiettivi previsti dal Piano	CASSATO non è stata inserita nella mappatura rischio
110207 - UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA, MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	Protocolli, Percorsi ed Esiti	D) trasferimento reparto Geriatria al II piano corpo D	D) ancora in attesa autorizzazione progetto dal Ministero CASSATO
110207 - UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA, MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	Normative e Altro	Redazione progetti esecutivi terza fase ex art. 20 di competenza	l'incertezza relativa al punto D la cui realizzazione è propedeutica alle specifiche di progettazione da formalizzare nel progetto esecutivo non consente l'avvio della progettazione esecutiva. Pertanto si comunica che l'obiettivo di presentare al NVR il progetto esecutivo entro Dicembre 2018 non potrà essere raggiunto ed è stato oggetto di proroga. CASSATO
110208 - UOC PROGETTAZIONE, CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	Normative e Altro	Redazione progetti esecutivi terza fase ex art. 20 di competenza	regione posticipato termini - CASSATO
310132 - UOSD RADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	Riorganizzazione aree	Programmi e azioni per la piena operatività degli spazi per la II sala di angiografia	lavori posticipati CASSATO
310309 - UOC CHIRURGIA VASCOLARE	Protocolli, Percorsi ed Esiti	a) Indicatori di esito b) Indicatori di volumi	NON CALCOLABILE ENTRO MAGGIO 2019 CASSATO
310412 - UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	Riorganizzazione aree	Messa a regime trasferimento in nuovi spazi	CASSARE NUOVI SPAZI C/O ADDOLORATA IN PROGETTAZIONE. POSTI LETTO INVARIATI
311006 - UOC NEONATOLOGIA CON TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	Eccellenza/innovazione	Screening audiologico 2° livello	manca strumentazione attesa acquisizione CASSATO
311008 - UOC MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	Protocolli, Percorsi ed Esiti	Monitoraggio riammissioni post intervento (spalla)	CASSARE non calcolabile a livello aziendale
311008 - UOC MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	Eccellenza/innovazione	Sviluppo traumatologia sport	riorganizzazione legata a nuovo primario CASSATO
311011 - UOC RADIOTERAPIA	Riorganizzazione aree	Procedure Preospedalizzazione, Ricovero per priorità e intervento (NAGR)	CASSATO
320105 - UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	Riorganizzazione aree	Attivazione laboratorio genetica	CASSATO laboratorio di genetica attivazione 2019
330200 - UOC FARMACEUTICA	Eccellenza/innovazione	Laboratorio preparazioni NA	CASSATO obiettivo legato alla nuova risorsa che ha preso servizio a dicembre 2018

Obiettivi DG

Con DCA RL n. U00412 del 28/11/2018 la Regione Lazio ha definito i criteri generali e le procedure per la valutazione del Direttore Generale ed ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2018. Poiché il DCA regionale è intervenuto a fine anno, gli obiettivi non sono stati declinati ai CdR ma sono rimasti in capo alla Direzione Strategica, se ne è data comunicazione ai responsabili di CdR interessati per il monitoraggio e l'eventuale attuazione di misure correttive in caso di scostamento.

Gli obiettivi sono suddivisi per aree

- Economico finanziario
- Tempi di attesa

- Farmaceutica
- Piano esiti e qualità
- Patrimonio edilizio e tecnologico.

Si è rilevato una quasi totale coincidenza degli obiettivi con alcuni degli obiettivi già assegnati ai CdR con la performance organizzativa (per il dettaglio del risultato cfr. allegato n. 2 ultima colonna)., inoltre si è proceduto alla riparametrizzazione del punteggio in quanto la somma totale degli obiettivi assegnati è 88 e non 100.

Monitoraggi

Si è provveduto ad effettuare una valutazione provvisoria a gennaio 2019 sulla base dei dati provvisori al 31/12/2018 nel quale l'Azienda si era posizionata a 78,93 su 88.

2.6 I RISULTATI RAGGIUNTI

Obiettivi del Direttore generale in base all'autovalutazione aziendale

L'Azienda in relazione agli obiettivi assegnati al Direttore Generale con DCA RL n. U00412/2018 già richiamato ha raggiunto, in sede di rendicontazione finale, un punteggio pari a 83,30 su 88 (per il dettaglio cfr. allegato 2 - per il raccordo con gli obiettivi organizzativi cfr ultima colonna).

Obiettivi strategici aziendali

L'Azienda ha raggiunto nel complesso un risultato pari a 98,94 punti su 100.

Per la valutazione dell'AREA 1 obiettivi quantitativi sono stati presi in considerazione gli obiettivi assegnati ante concordamento con la Regione, con la sola eccezione dell'obiettivo operativo 1.2.3, come già anticipato. Per le considerazioni effettuate in sede di valutazione si rimanda alle note nella tabella sottoriportata. I dati utilizzati per la valutazione dei CdR sono i dati di contabilità analitica e di monitoraggio del Piano di Rientro.

Tabella n. 7 AREA 1 consuntivata vista aziendale

AREA STRATEGICA 1 - PIANO DI RIENTRO									
obiettivo strategico 1.1. EFFICIENTAMENTO OFFERTA ASSISTENZIALE									
obiettivi operativi									
	INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO*	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	P.TI	note
1.1.1	incremento Ricoveri ordinari (abbattuti)	SIS	n. RO 2018/n. RO 2017	83,060	87,684	13	85,228	12	raggiunto al 97% (88,207)
1.1.2	incremento Ricoveri DH (abbattuti)		n. dh 2018/n. dh 2017	9,614	11,148	13	10,688	12	raggiunto al 96% (11,075)
1.1.3	incremento attività ambulatoriale		n. prest. 2018/n. Prest. 2017	20,604	23,792	13	23,318	13	raggiunto al 100% (23,773)
1.1.4	File F	UOC farmaceutica	costo 2018/costo 2017	20,539	21,790	13	21,841	13	raggiunto al 100%
totale obiettivo						50			
obiettivo strategico 1.2. EFFICIENTAMENTO GESTIONALE									
1.2.1	Personale	UOC politiche del personale e GRU	costo 2018/costo 2017	122,465	120,638	5	123,06	5	tenuto conto dell'incremento dei CCNL 100%
1.2.2	Farmaci ed emoderivati	UOC farmaceutica	costo 2018/costo 2017	28,495	29,200	5	30,235	5	27,000 (al netto degli innovativi 5,550) 100%
1.2.3	Dispositivi		costo 2018/costo 2017	22,330	23,283*	5	24,583	4,7	+6% (20,280)
1.2.4	Altri beni	UOC acq. beni e servizi	costo 2018/costo 2017	0,292	0,320	5	0,375	5	100% (0,300)
	Servizi		costo 2018/costo 2017	49,336	49,397	5	39,769	5	100% (50,897)
* obiettivi assegnati al CdR secondo il budget rivalutato cfr. (tabella n. 5)						25			
** 20,28 modificato in sede di monitoraggio									
totale area						75			74,35

Tabella n. 8 Obiettivi quantitativi AREA 1 vs concordato regionale

AREA STRATEGICA 1 - PIANO DI RIENTRO										
obiettivo strategico 1.1. EFFICIENTAMENTO OFFERTA ASSISTENZIALE										
obiettivi operativi	INDICATORE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO *	concordamento regione	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	P.TI	note	
1.1.1	incremento Ricoveri ordinari (abbattuti)	n. RO 2018/n. RO 2017	83.060	87.684	94.800	13	85.228	12	raggiunto al 97%	
1.1.2	incremento Ricoveri DH (abbattuti)	n. dh 2018/n. dh 2017	9.614	11.148		13	10.688	12	raggiunto al 96%	
1.1.3	incremento attività ambulatoriale	n. prest. 2018/n. Prest. 2017	20.604	23.792	19.800	13	23.518	13	raggiunto al 100%	
1.1.4	File F	costo 2018/costo 2017	20.539	21.790	21.790	13	21.841	13	raggiunto al 100%	
				totale obiettivo		50		50		
obiettivo strategico 1.2. EFFICIENTAMENTO GESTIONALE										
1.2.1	Personale	costo 2018/costo 2017	122.465	120.638	122.800	5	123.06	5	tenuto conto dell'incremento del CCNL 100%	
1.2.2	Farmaci ed emoderivati	costo 2018/costo 2017 al netto degli innovativi	28.495	29.200	29.020	5	30.235	5	27.000 (al netto degli innovativi) 3.550 100%	
1.2.3	Dispositivi		22.330	23.283**	23.283	5	24.583	4,7	+ 6%	
1.2.4	Altri beni	costo 2018/costo 2017	0.292	0.320	0.320	5	0.375	5	raggiunto al 100%	
	Servizi	costo 2018/costo 2017	49.336	49.397	49.400	5	39.769	5	raggiunto al 100%	
	* obiettivi assegnati al CdR secondo il budget rivalutato cfr (tabella n. 5)			totale obiettivo		25		25		
	** 20,28 modificato in sede di monitoraggio			totale area		75		74,63		

Per un'analisi più dettagliata dell'attività si rimanda alle tabelle che seguono.

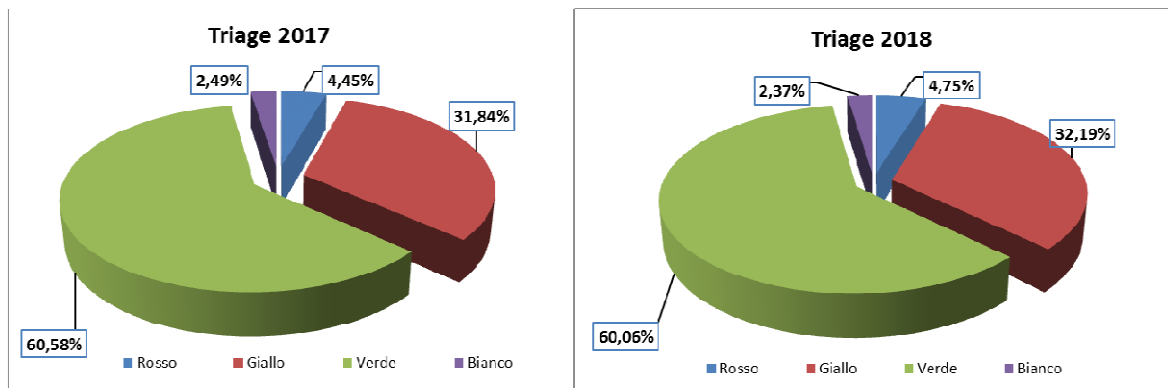
Tabella n. 9 Ospedale in cifre anno 2018 (2017)

attività		2017	2018	variazione 2018/2017 n.	variazione 2018/2017 %
Dimessi in Degenza ordinaria per acuti		21.239	21.146	-93	-0,4
Dimessi in Degenza diurna per acuti		6.872	7.033	161	2,3
Dimessi in Degenza ordinaria per riabilitazione		306	269	-37	-13,8
Accessi in degenza diurna per riabilitazione		1.664	1.667	3	0,2
Prestazioni di Specialistica ambulatoriale		753.213	761.844	8.631	1,1
Accessi in pronto soccorso		58.334	57.986	-348	-0,6
indicatori		2017	2018	variazione 2018/2017 n.	variazione 2018/2017 %
RO	DM	7,85	7,90	0,05	0,63
	peso	1,21	1,22	0,01	0,82
DH	accessi medi	4,32	4,21	-0,11	-2,61
	peso	0,79	0,8	0,01	1,25
accessi con permanenza in PS/DEA < 12 h		95	93	-2	-2,15

Analizzando i dati di attività si riscontra una leggera flessione dell'attività di degenza ordinaria bilanciata da uno spostamento di attività in DH. L'analisi dell'attività, tanto in area chirurgica che medica, evidenzia un generale aumento della complessità dei casi e un decremento della degenza media in area medica. L'attività riabilitativa rimane sostanzialmente stabile. Buona la performance delle attività ambulatoriali sia dal punto di vista dell'incremento numerico che di valore.

Analizzando il dato di attività del Pronto Soccorso si evidenzia che gli accessi al PS nel 2018 sono risultati in flessione rispetto al dato dell'anno precedente. Il decremento interessa sostanzialmente l'area degli accessi con codice verde e bianco, tendenza che indica un più coerente utilizzo del PS da parte dell'utenza.

Grafico n. 3 accessi PS per triage 2018 (2017) (Vista dipartimentale - Fonte dati : SIS)



Analizzando il dettaglio degli accessi per esito si nota un incremento delle dimissioni da PS cui corrisponde una flessione degli accessi seguiti da ricovero, confermando il trend del 2017 che aveva mostrato un più efficiente funzionamento del PS, dovuto ad una razionalizzazione di valenza fra territorio e Azienda, che consolida la sua funzione di punto di accesso per patologie complesse.

Grafico n. 4 accessi PS per esito 2018 (2017) (Vista dipartimentale - Fonte dati : SIS)

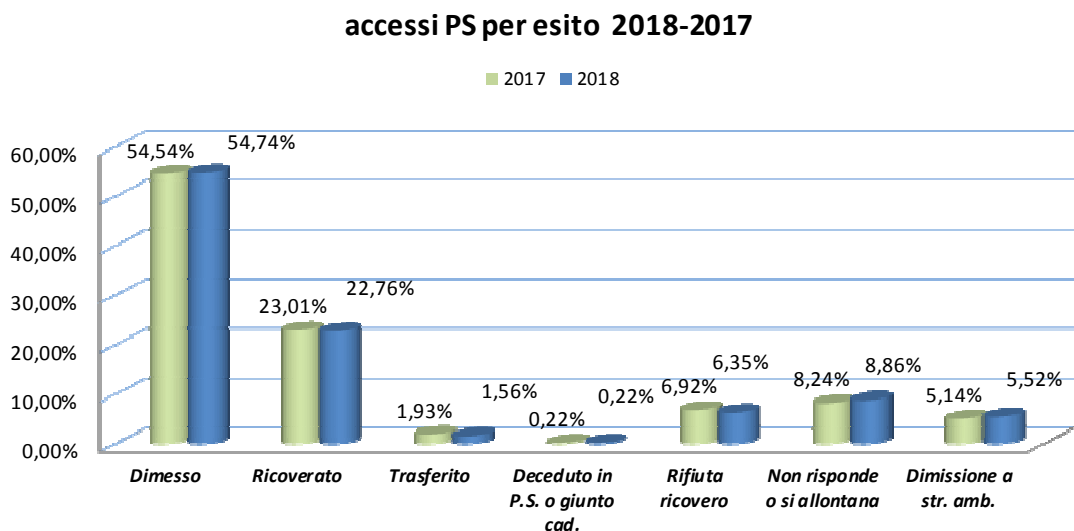


Grafico n. 5 attività di ricovero in regime ordinario 2018 (2017) (Vista dipartimentale atto aziendale DCA RL n. U00112/2017- Fonte dati : SIS)

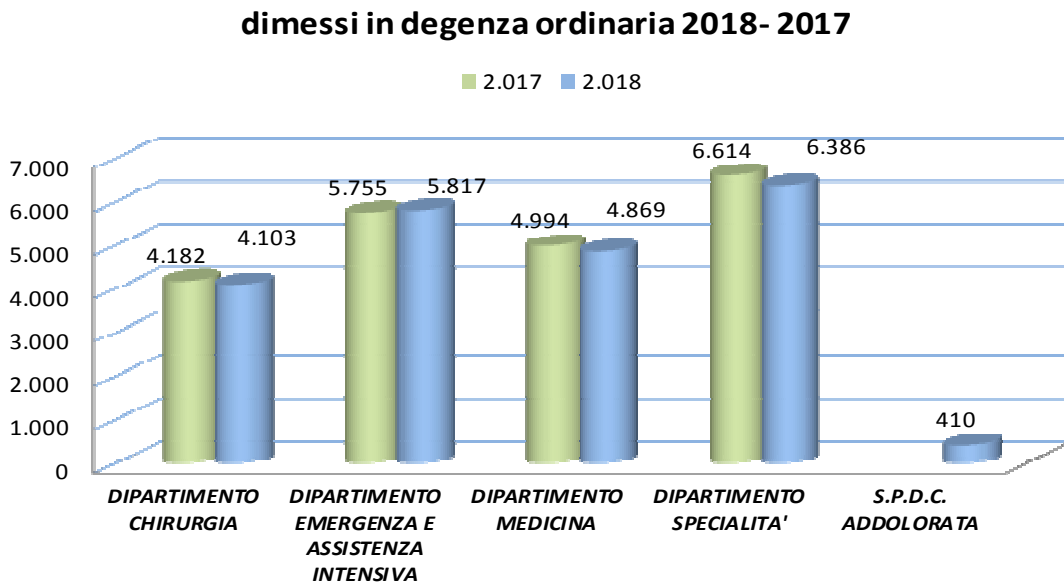
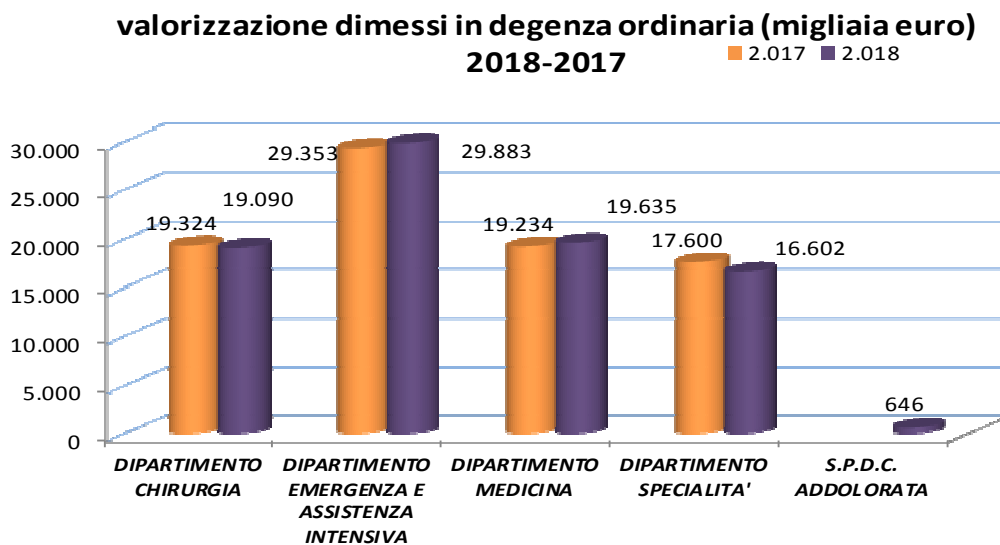


Grafico n. 6 valorizzazione attività degenza ordinaria 2018 (2017) (Vista dipartimentale atto aziendale DCA RL n. U00112/2017- Fonte dati : SIS)



Seppur l'attività di degenza ordinaria risulti in leggera flessione, si osserva un ulteriore incremento di attività nell'ambito di alcuni settori con tecnologie avanzate quali

l'oncoematologia, la radioterapia, la chirurgia con tecnica robotica, e di settori di eccellenza chirurgica quali ad es. testa-collo, chirurgia oncologica della mammella, urologia, chirurgia vascolare, radiologia interventistica, attività propria di un DEA di II livello.

Tabella n. 10 indicatori Ricovero ordinario 2018

Dimessi RO	anno 2018
% Casi Chirurgici	0,45
% Casi Medici	0,55
Valorizzazione media DRG	3.996,20
Degenza Media Grezza	8,02
Degenza Media Trimmata	6,13
Degenza Media Pre-Operatoria	1,43
Peso Medio	1,23
% Dimessi provenienti da P.S.	0,61
% Pazienti Regione Lazio	0,93
% Pazienti Extra Regione Lazio	0,06
% Pazienti Stranieri	0,02
Decessi	860

Grafico n. 7 attività in regime DH 2018 (2017) (Vista dipartimentale atto aziendale DCA RL n. U00112/2017- Fonte dati :SIS)

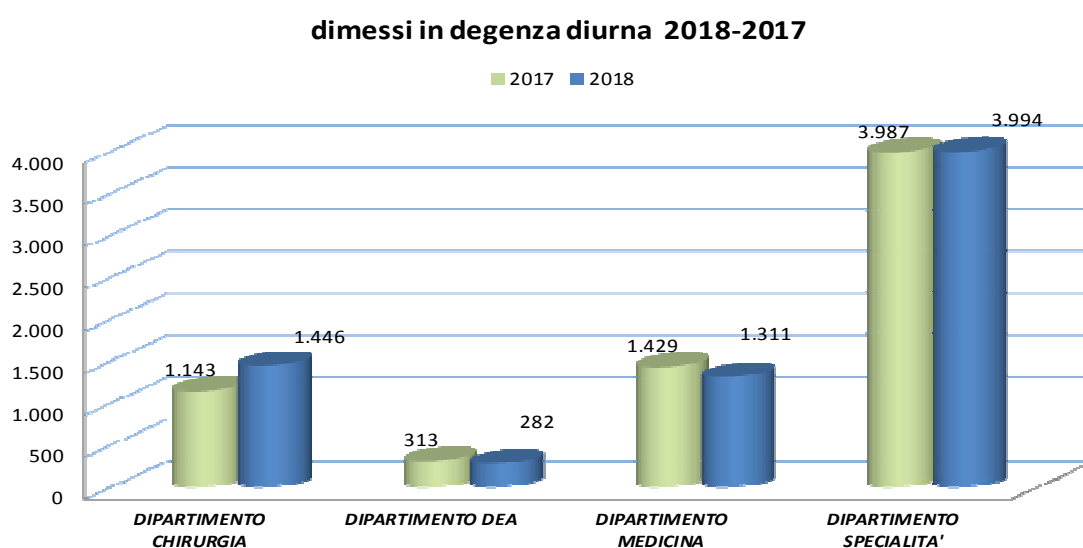


Grafico n. 8 valorizzazione attività DH 2018 (2017) (Vista dipartimentale atto aziendale DCA RL n. U00112/2017- Fonte dati : SIS)

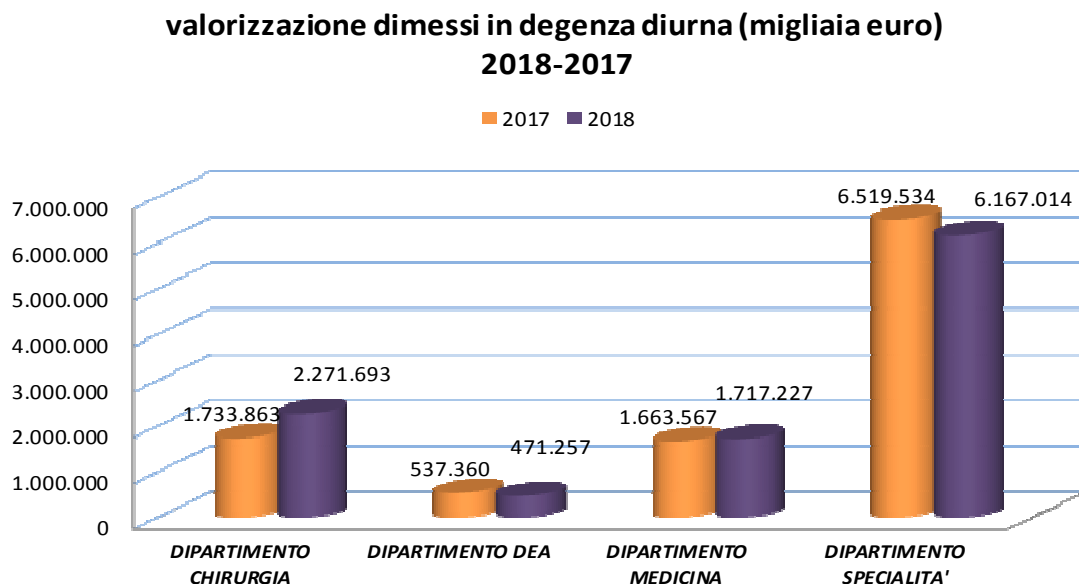


Tabella n. 11 indicatori Ricovero Diurno 2018

Dimessi DH		anno 2018
Numero Accessi nel periodo		29.822
% Casi Chirurgici		0,43
% Casi Medici		0,57
Peso Medio		0,81
Accessi Medi		4,24

Tabella n. 12 Azienda indicatori di esito 2018 (Fonte Prevale)

INDICATORI DI ESITO	VALORE SOGLIA	2016	2017	2018 (*)	trend
PROPORZIONE COLECST. LAP. CON DEGENZA POSTOPER. < 3GG	>= 70%	64,2	76,5	77,5	↑
PROPORZIONE INTERVENTI FEMORE PZ >= 65 ANNI ENTRO 2 GG	>= 60%	57,1	57,7	66,1	↑
PROPORZIONE PARTI CESAREI PRIMARI	<= 25%	26,8	21,2	31	↓
PROPORZIONE PTCA ENTRO 90' DALL'ACCESSO IN PAZIENTI CON IMA STEMI	>= 60%	58,1	58,4	71,4	↑

(*) valore grezzo calcolato dai SIS

Grafico n. 9 attività ambulatoriale 2018 (2017) (Vista dipartimentale atto aziendale DCA RL n. U00112/2017- Fonte dati : SIS)

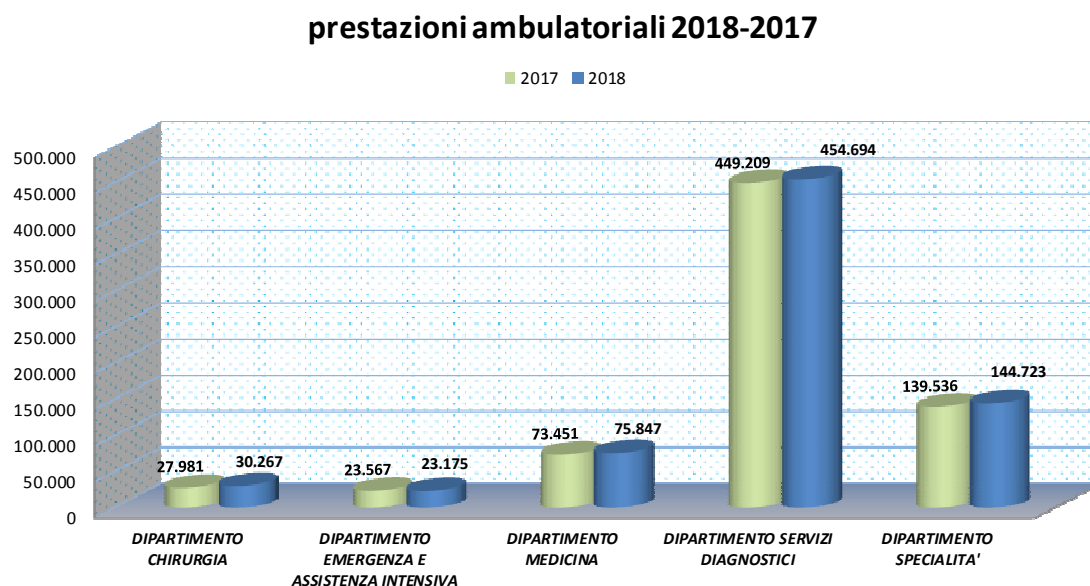
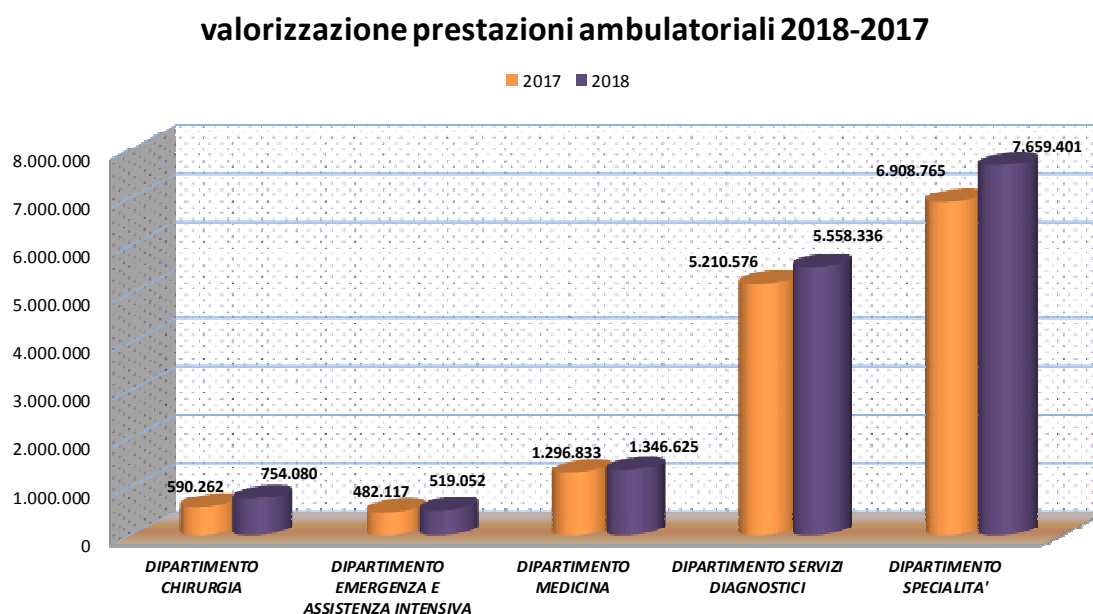


Grafico n. 10 valorizzazione attività ambulatoriale 2018 (2017) (Vista dipartimentale atto aziendale DCA RL n. U00112/2017- Fonte dati : SIS)



Sul fronte costi si è registrata una contrazione dei costi per servizi sanitari (-12%) legata alla variazione del contratto del laboratorio analisi che ha comportato uno spostamento di costi da servizi sanitari a beni sanitari.

L'incremento di costi di beni sanitari va principalmente attribuito alla voce farmaci e emoderivati tenuto conto dell'incremento delle attività dell'area oncoematologica.

Tabella n. 13 Costi di beni e servizi 2018 (2017) Fonte dati UOC economico finanziaria e patrimoniale

	2017	2018	differenza	%
Beni sanitari	52.793	55.220	2.427	5
Beni non sanitari	264	273	9	3
Totale acquisto Beni	53.057	55.493	2.436	5
Servizi sanitari	15.892	14.131	-1.761	-11
Servizi non sanitari	25.460	25.460	0	0
Totale acquisto Servizi	41.352	39.591	-1.761	-4

Analizzando l'andamento del costo del personale a fronte di una diminuzione del personale in termini di unità di lavoro si è assistito ad un incremento del costo determinato dal rinnovo del CCNL del comparto.

Tabella n. 14 Costo del Personale anno 2018 (2017) Fonte dati UOC economico finanziaria e patrimoniale (in migliaia di euro)

Tipologia personale	2017	2018	differenza	%
Dirigenti medici	52.755	53.785	1.030	2
Dirigenti ruolo sanitario non medico	1.701	1.720	19	1
Comparto ruolo sanitario	56.550	56.503	-47	0
Dirigenti altri ruoli	1.275	1.463	188	15
Comparto altri ruoli	10.604	10.547	-57	-1
TOTALE	122.885	124.018	1.133	1

Per l'AREA 2 e l'AREA 3 la valutazione a livello aziendale dalla media del raggiungimento dei CdR.

Il risultato complessivo aziendale è di 14,59 punti su 15 per l'AREA 2 e di 10 punti su 10 per l'AREA 3. Per il dettaglio si rimanda all'analisi delle relative tabelle (allegato n. 3).

Obiettivi operativi

Nella valutazione dei CdR di II livello per i risultati dell'AREA 1 sono stati presi in considerazione, alla luce del mantenimento di obiettivi sfidanti rispetto al Concordamento regionale, esclusivamente :

- ricavi diretti (escluso File F, inclusi finanziamenti specifici)
- costi diretti per farmaci e dispositivi (inclusa l'eventuale incidenza di maggiori costi legati all'incremento delle prestazioni per interni)

L'Amministrazione ha altresì valutato positivamente, a fronte di motivazioni non direttamente imputabili alle UUOO l'eventuale andamento positivo o in linea rispetto all'anno 2017. Per i CdR di I livello cui afferiscono CdR di II il punteggio è stato determinato dalla media dei punteggi raggiunti dai Cdr di II livello afferenti.

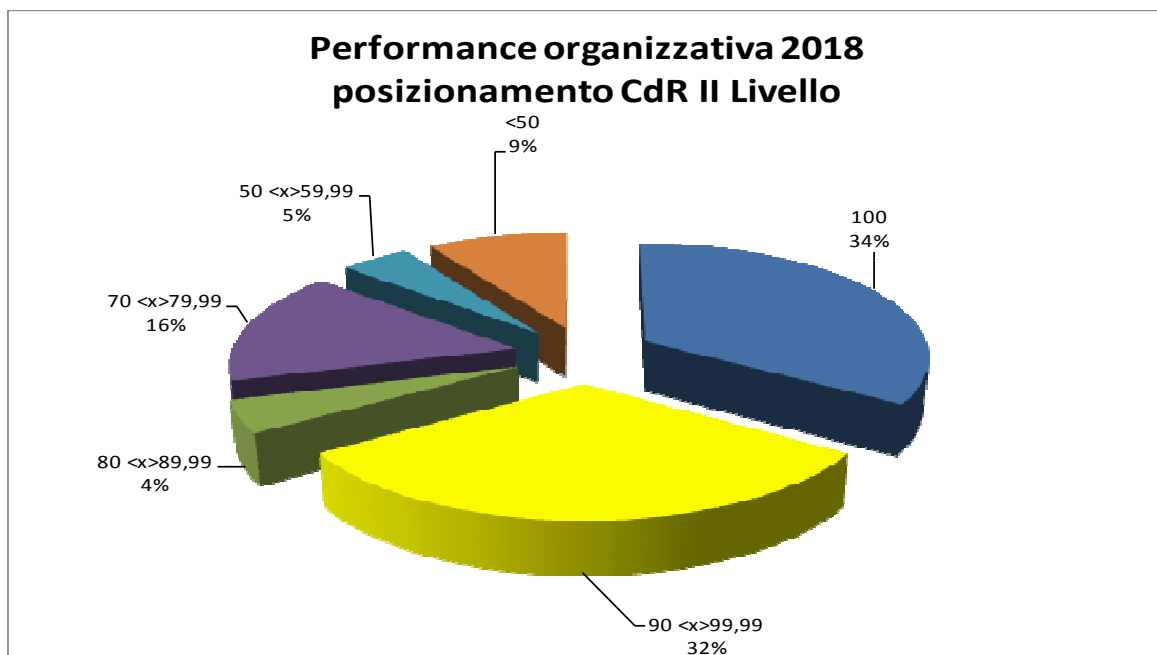
Per l'AREA 2 e 3 sono stati utilizzati lo strumento dell'autovalutazione e del riscontro a fine anno con la "Fonte dato". Per i CdR di I livello cui afferiscono CdR di II il punteggio è stato determinato dalla media dei punteggi raggiunti dai Cdr di II livello afferenti.

Complessivamente il 69,2 % dei CdR di I livello si è posizionato a quota 100. Non vi sono CdR di I livello posizionati al di sotto del 50%.

Grafico n. 12 Performance organizzativa 2018 - POSIZIONAMENTO CdR I livello in % (Fonte dati : UOC Programmazione e Controllo)



Grafico n. 13 Performance organizzativa 2018 - POSIZIONAMENTO CdR II livello in % (Fonte dati : UOC Programmazione e Controllo)



Il 66% dei CdR di II livello si è posizionato nella fascia 90 – 100. Solo il 9% dei CdR di II livello si è posizionato al di sotto del 50%.

Per quanto riguarda il personale del comparto sanitario afferente la UOC DAI il punteggio di accesso alla performance organizzativa è stato determinato dai punteggi raggiunti delle 10 posizioni organizzative del comparto del ruolo sanitario.

Per il dettaglio del posizionamento dei CdR cfr allegato n. 4).

Performance individuale

A livello individuale il posizionamento del personale per l'anno 2018 risulta come segue :

Tabella n. 15 Performance individuale 2018 posizionamento del personale (Fonte dati UOC Politiche del Personale e GRU)

Area contrattuale	CLASSI DI PUNTEGGIO SISTEMA PREMIANTE ANNO 2018						
	100%-90%	89%-60%	inferiore al 60%	non valutati	non aventi diritto (*)	totale	punteggio medio
Dirigenti medici	248	260	25	2	4	539	1,29
Dirigenti SPTA	25	9	0	0	0	34	1,38
Non dirigenti	1388	170	63	9	55	1685	1,41

(*) personale religioso, collocato in posizione di comando presso altri Enti, dipendenti con numero di giorni lavorati inferiore a 40

Nel corso del 2018 sono stati valutati n. 1685, su complessivi 2258 dipendenti transitati in Azienda nel corso dell'anno, i restanti 70 non sono stati valutati per i seguenti motivi : carenza di del requisito dei 40 gg lavorativi nell'anno di riferimento, aspettativa a vario titolo, non aventi diritto (religiosi, medici a rapporto non esclusivo, comandati in uscita), in lunga assenza per specifiche disposizioni di legge o contrattuali, personale assunto o cessato nel 2017 che non ha maturato il requisito dei 40 gg di cui sopra. L'importo medio dei premi erogati : Dirigenti medici 1.200 euro, Dirigenti SPTA 5.900 euro, non dirigenti 280 euro.

3. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

Il bilancio provvisorio 2018 evidenzia un disavanzo di 77 mln di euro, migliorativo rispetto all'anno precedente (-2%) ed alle previsioni del concordato regionale (-1%). Il risultato è stato conseguito dall'azione combinata dell'aumento del valore della produzione (+0,8%) e della riduzione della voce "altri costi" (-31%). In miglioramento anche l'indice di copertura del valore della produzione rispetto ai costi complessivi di gestione che sale al 70% (cfr. tabella n. 4)

4. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

Pari opportunità e bilancio di genere

Il Comitato unico di garanzia ex art. 21 della legge 183/2010, istituito con Delibera n. 822/DG del 21/10/2013, non risulta ancora insediato.

Nel 2017 si è proceduto al rinnovo del C.U.G. con delibera n. 885/DG del 31/10/2017 individuando nel Direttore della UOC Direzione medica dei Presidi Ospedalieri. Non sono stati forniti dati sul rispetto della presenza di entrambi i generi nella composizione delle commissioni concorsuali interne, né tantomeno informazioni sull'attività svolta dal CUG.

Tabella n. 16 Composizione personale anno 2018 (2017) dettaglio di genere

dipendenti in cifre	anno 2017		totale	anno 2018		totale
	maschi	femmine		maschi	femmine	
Dirigenti medici e Dirigenti Odontoiatri	287	227	514	280	229	509
Dirigenti ruolo sanitario non medico	5	14	19	3	13	16
Comparto ruolo sanitario	391	924	1315	376	914	1290
Dirigenti altri ruoli	5	9	14	5	9	14
Comparto altri ruoli	156	146	302	152	150	302
TOTALE	844	1320	2164	816	1315	2131

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane - dato al 31/12/2018

Tabella n. 17 Composizione personale anno 2018 (2017) dettaglio di genere dato %

dipendenti in %	anno 2017		totale	anno 2018		totale
	maschi	femmine		maschi	femmine	
Dirigenti medici e Dirigenti Odontoiatri	56%	44%	100%	55%	45%	100%
Dirigenti ruolo sanitario non medico	26%	74%	100%	19%	81%	100%
Comparto ruolo sanitario	30%	70%	100%	29%	71%	100%
Dirigenti altri ruoli	36%	64%	100%	36%	64%	100%
Comparto altri ruoli	52%	48%	100%	50%	50%	100%
TOTALE	39%	61%	100%	38%	62%	100%

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi. - dato al 31/12/2018

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella n. 18 Composizione personale anno 2018 fasce età

dipendenti	maschi				femmine			
	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56
Dirigenti medici e Dirigenti Odontoiatri	2	29	89	160	4	43	93	89
Dirigenti ruolo sanitario non medico			1	2		1	7	5
Comparto ruolo sanitario	11	77	162	126	57	211	411	235
Dirigenti altri ruoli		1	2	2	0	0	4	5
Comparto altri ruoli	2	7	58	85	8	17	62	63
TOTALE	15	114	312	375	69	272	577	397

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella n. 19 Composizione personale anno 2018 fasce età %

dipendenti	maschi				femmine			
	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56
Dirigenti medici e Dirigenti Odontoiatri	13%	25%	29%	43%	6%	16%	16%	22%
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	1%
Comparto ruolo sanitario	73%	68%	52%	34%	83%	78%	71%	59%
Dirigenti altri ruoli	0%	1%	1%	1%	0%	0%	1%	1%
Comparto altri ruoli	13%	6%	19%	23%	12%	6%	11%	16%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella n. 20 Composizione personale anno 2018 Livello istruzione

dipendenti	licenza media	diploma	laurea
maschi	96	353	368
femmine	163	774	377
TOTALE	259	1127	745

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella n. 21 Composizione personale anno 2018 Livello istruzione %

dipendenti	licenza media	diploma	laurea
maschi	37%	31%	49%
femmine	63%	69%	51%
TOTALE	100%	100%	100%

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Benessere organizzativo

Stante l'effettuazione dell'indagine nel corso del 2016, i cui esiti sono disponibili e pubblicati sul sito aziendale nell'Area Amministrazione Trasparente, non si è ad oggi proceduto all'effettuazione di ulteriore indagine.

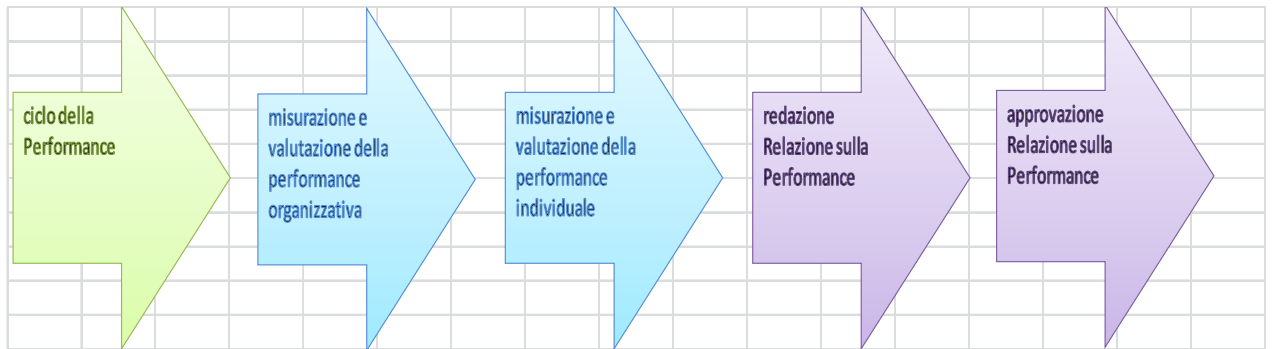
5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

5.1 FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA'

Alla realizzazione della Relazione, che materialmente è stata predisposta dalla U.O.C. Programmazione e Controllo, individuata da questa Azienda quale struttura tecnica di

supporto all'OIV, hanno collaborato le U.O.C / U.O.S.D coinvolte ratione materiae mediante l'invio della documentazione necessaria.

Grafico n. 13 fasi del processo di redazione



attività	attori	2017		2018										2019							
		nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu
Avvio del processo di elaborazione degli obiettivi strategici e operativi sulla base delle linee di indirizzo di cui al Piano di Piano di	Staff Direzione Generale /Collegio di Direzione/UOC Pianificazione Strategica/UUOO Staff																				
Predisposizione delle linee di indirizzo strategico del Piano	Direzione Strategica/UOC Programmazione e Controllo																				
Analisi e validazione delle linee d'indirizzo da parte della Direzione generale	Direzione Generale																				
concordamento regionale di bilancio preventivo	Direttore Generale																				
predisposizione degli obiettivi operativi e relativi indicatori	Direzione strategica / UOC Pianificazione Strategica																				
negoziante con i CdR assegnazione degli obiettivi e firma delle schede	Direzione strategica / UOC Pianificazione Strategica																				
Approvazione ed adozione del Piano da parte della Direzione Generale	Direttore Generale																				
trasmissione all'OIV per informativa del del Piano	UOC Pianificazione Strategica																				
Attività di monitoraggio in corso d'anno	UOC Pianificazione Strategica																				
Verifica risultati e redazione relazione sulla Performance	Direzione Generale /UOC Pianificazione Strategica																				

Il Direttore Generale coadiuvato dalla struttura di staff Programmazione e Controllo, predispone lo schema di relazione.

L'OIV ai sensi dell'art. 14 comma 4lett. C, d.lgs n. 150/2009 la valida e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell'Area Amministrazione Trasparente.

5.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda Ospedaliera per l'anno 2018 si era data l'obiettivo di miglioramento della tempistica del ciclo di gestione delle performance. Un miglioramento si è registrato nei tempi di assegnazione degli obiettivi organizzativi (il processo si è concluso nel mese di marzo 2018) e di quelli individuali (il processo si è concluso nel mese di maggio 2018). Inoltre per la prima volta è stata utilizzata la piattaforma online per la performance individuale. Il nuovo sistema online ha consentito una migliore gestione delle tempistiche e una puntuale segnalazione dei ritardi.

Migliorata anche la tempistica e la modalità dei monitoraggi intermedi, con l'attribuzione di un punteggio intermedio, inoltre si è fatto ricorso alla autovalutazione con verifica successiva presso la fonte dato.

Non si è proceduto all'erogazione di acconti di produttività per tutto il 2018, in accordo con le OOSS si è proceduto all'erogazione solo nel 2019 in base ad una valutazione intermedia basata sul punteggio finale provvisorio di performance organizzativa e individuale.

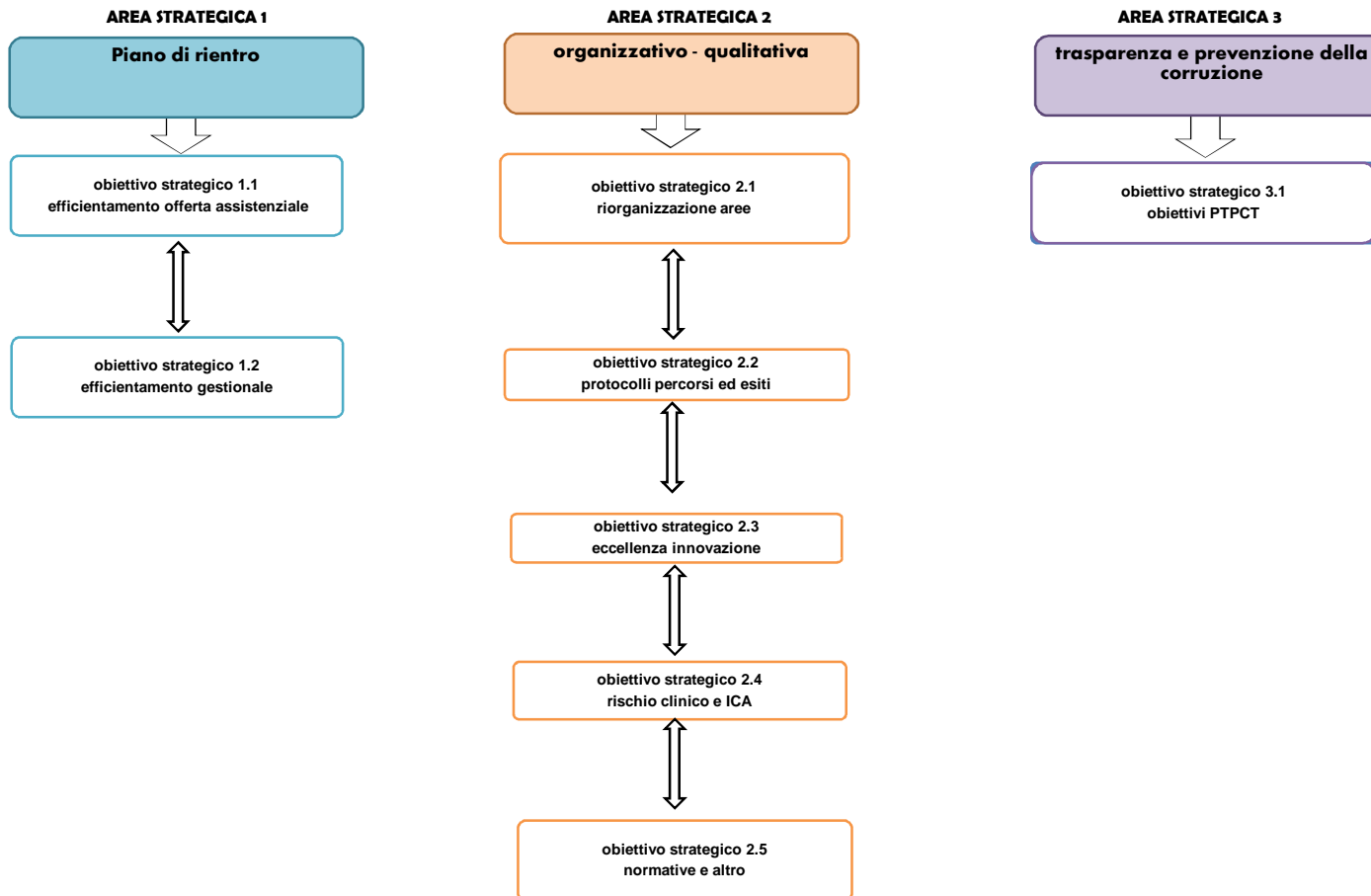
Per il ciclo della performance 2019 ci si prefigge di:

1. consolidare il rispetto della tempistica nell'assegnazione degli obiettivi;
2. migliorare ulteriormente la modalità di reporting della fase di valutazione, rendendo ancor più espliciti e tracciabili le singole fasi di monitoraggio.

Roma, 20/06/2019

Il Commissario Straordinario

f.to Ilde Coiro



OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE anno 2018 - DCA U00412 del 12 novembre 2018

Obiettivo generale		Obiettivo specifico		Descrizione indicatore		Soglie di valutazione		risultato	peso	punteggio	obiettivo operativo corrispondente nella performance aziendale
1	Economico Finanziario	1.1	Budget concordamenti	1.1.1	Risorse aggiuntive rispetto al budget concordamenti Risultato d'esercizio Consuntivo 2018 - Risultato d'esercizio Budget 2018)/ Risultato d'esercizio Budget 2018	R 0% tra 0,01% e 1,8 % RAGG. 100% RIS AGG. 0 tra 1,81% e 3,6% RAGG. 75% RIS AGG. 9,2 >5,4% RAGG. 50% RIS. AGG. 18,5 tra 3,61% e 5,4% RAGG. 25% RIS. AGG. 27,7		-0,01% -0,8	17,5	17,5	AREA STRATEGICA 1 - PIANO DI RIENTRO
		1.2	Tempi di pagamento	1.2.1	Riduzione del tempo medio di pagamento rispetto all'anno precedente. (Soglia definita per singola ASL/Azienda)	100% 1) Se emerge un miglioramento tra il 2017 e il 2018, è necessario ridurre la tempistica di pagamento in media di ulteriori 5 giorni 2) Se emerge un peggioramento tra il 2017 e il 2018, è necessario ripristinare la tempistica di pagamento dell'anno 2017 ridotta in media di ulteriori 5 giorni 3) Se la tempistica di pagamento riscontrata nel 2018 è vicina ai 60 giorni, l'obiettivo sarà mantenere tale performance 4) La tempistica di pagamento non può essere mai superiore a 90 giorni			7,5	7,5	2.2.36
2	Tempi di attesa	2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	2.1.1	% prestazioni in classe B (su totale classe B) con rispetto tempi di attesa come da DCA 110/2017	60% entro il 30 Giugno 80% entro il 31 Dicembre		100% 100%	8	8	rientra nelle funzioni specifiche della UOC GALP
				2.1.2	% prestazioni in classe D (su totale classe D) con tempo di erogazione INFERIORE a 20gg come da DCA 110/2017	60% entro il 30 Giugno 80% entro il 31 Dicembre		cfr nota 1)	===	===	
3	Farmaceutica	3.1	Budget prodotti farmaceutici ed emoderivati	3.1.1	Rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA	(Spesa prodotti farmaceutici ed emoderivati - Quota innovativi riconosciuta da AIFA) ≤ (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati) 1) Obiettivo raggiunto al 100% se: (Spesa al netto innovativi) ≤ (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati) 2) Obiettivo raggiunto al 83% se: (Spesa al netto innovativi)*90% ≤ (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati)		27.375	12	12	1.2.2

		3.2	Flussi informativi farmaceutica	3.2.1	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza del File F, File R, DM consumi e contratti	100%	100%	8	8	rientra nelle funzioni specifiche della UOC Farmaceutica
4	Piano esiti e qualità	4.1	Accessi e permanenza nei PS	4.1.1	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore superiore al 92,0%	93%	4	4	2.5.5
				4.1.2	Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento	L'obiettivo è considerato raggiunto a partire da un valore inferiore al 10%.	8,25%	4	4	
		4.2	Gestione dei ricoveri per frattura del femore e parti cesarei	4.2.1	Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (struttura di ricovero): l'esito misurato è l'esecuzione dell'intervento entro 2 giorni dalla data di primo accesso e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero.	L'indicatore è raggiunto se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: · ≥ 60% · < 60% se lo scostamento dal valore soglia, misurato nell'anno precedente, si è ridotto di almeno il 20% nell'anno in corso di valutazione	14,03%	4,7	4,7	2.2.26
				4.2.2	Proporzioni di Parti con Taglio Cesareo Primario	L'indicatore è raggiunto, per le strutture con >1000 parti/anno, se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: · ≤ 25% · > 25% se lo scostamento dal valore soglia, misurato nell'anno precedente, si è ridotto di almeno il 15% nell'anno in corso di valutazione L'indicatore è raggiunto, per le strutture con <1000 parti/anno, se rispettata almeno una delle seguenti condizioni: · ≤ 15% · > 15% se lo scostamento dal valore soglia, misurato nell'anno precedente, si è ridotto di almeno il 10% nell'anno in corso di valutazione	21,66%	4,7	0	2.2.3
		4.3	Autosufficienza sangue e suoi derivati	4.3.1	Incremento del 5% dell'attività di raccolta nell'anno indice rispetto a quello dell'anno precedente	Raggiungimento del valore di incremento nella misura del 3%	cfr nota 2)	2,6	2,6	2.3.23

5	Patrimonio edilizio e tecnologico	5.1	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento	5.1.1	Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017 e DGR 180/2018	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se (per gli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> · sarà presentato l'aggiornamento del cronoprogramma attuativo sul sistema documentale ALFRESCO: dicembre 2018; · sarà presentata la relazione sullo stato attuativo delle fasi procedurali, relativamente a tutte le schede di cui alle DGR suindicate: dicembre 2018; · sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018 secondo le tempistiche di cui alla nota Regione Lazio 428986 del 13/7/2018 (la determinazione regionale di approvazione esecutiva entro il 09/03/2020): non oltre ottobre 2019 <p>Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto</p>	100%	3,75	3,75	2.2.47 2.2.40
		5.2	Monitoraggio del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie pubbliche – Aggiornamento dello stato di attuazione delle verifiche di vulnerabilità sismica degli immobili di proprietà ai sensi dell'Ordinanza P.C.M. n. 3274/2003 e s.m.i. e del DM 14.1.2008 (**)	5.2.1	Invio delle schede di sintesi e relative stime dei costi degli interventi (* Si deve tener conto delle prospettive di sviluppo e di modifica del patrimonio edilizio ai sensi del DM 70/2015 (**) A completamento ed integrazione di quanto già inoltrato	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se:</p> <ul style="list-style-type: none"> · saranno compilate le schede di sintesi con gli indici di rischio relative della verifica di vulnerabilità sismica effettuata per gli immobili di proprietà e la stima dei costi per singola struttura ovvero sarà presentata una relazione che espliciti lo stato di avanzamento degli adempimenti richiesti (*): dicembre 2018; <p>Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto</p>	100%	5,25	5,25	attività che rientra nelle competenze specifiche della UOC PROGETTAZIONE, CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO
		5.3	Monitoraggio ed alimentazione del flusso informativo per le alte tecnologie per le strutture pubbliche e private di cui al DM 22/04/2014 e ss.mm.	5.3.1	Alimentazione del flusso informativo ministeriale Sono previsti incontri trimestrali con i delegati aziendali per la definizione degli stati di avanzamento e per il coordinamento Aziende/Strutture private.	<p>Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se sarà effettuata l'alimentazione dei flussi informativi al 100% secondo i termini temporali indicati nel DM 22/04/2014.</p> <p>Se ciò non si verifica l'obiettivo non si intende raggiunto</p>	100%	6	6	2.5.16
								88	83,30	
								riparametrato		
								100	94,66	

1) L'indicatore non è rilevabile rispettando quanto previsto dal DCA n. U00110 dell'11 aprile 2017 che indica, quali tempi di erogazione delle prestazioni in classe D, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni strumentali, pertanto si ritiene di cassare l'obiettivo e riparametrare il punteggio finale.

2) Il sistema trasfusionale nazionale e regionale si fonda sull'integrazione delle competenze stabilite dalle normative vigenti di definiti stakeholders: Regioni con i propri CRS, Aziende Ospedaliere/AASSLL, Servizi Trasfusionali, Associazioni-Federazioni di Donatori. Queste ultime hanno il compito fondamentale di gestire la chiamata dei donatori di sangue secondo la programmazione definita d'intesa con gli Enti con i quali viene attivato un rapporto convenzionale per la raccolta del sangue. L'Azienda ad inizio 2017 ha stipulato accordi convenzionali con le Associazioni "Carla Sandri" e AVIS Comunale che si sono impegnate a fornire per singolo anno di decorrenza delle Convenzioni un definito numero di unità di sangue, che prevedeva un incremento annuo almeno del 5%. Mentre l'Associazione "Carla Sandri" ha incrementato oltre il 5%, sia nel 2017 che nel 2018 la raccolta del sangue rispetto a quanto aveva pianificato nella propria Convenzione, per quanto riguarda l'AVIS Comunale abbiamo assistito ad un vero e proprio "crollo" rispetto a quanto programmato. Qualora l'AVIS avesse mantenuto i propri impegni almeno per il 2018, l'Azienda avrebbe registrato un incremento della raccolta dell'8% rispetto al 2017. Il mancato rispetto degli accordi da parte di terzi non può comportare penalizzazione per l'Azienda che considera l'obiettivo sostanzialmente raggiunto.

obiettivo strategico 2.1. - RIORGANIZZAZIONE AREE obiettivi operativi

INDICATORE	INDICAZIONE	FONTI	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO	PESO	RISULTATO	P.TI	note
2.1.1	Procedure Prepedalizzazione, Preospitalizzazione, Priorità ricovero per priorità e intervento (NAGR)	NAGR			100%	0.14	83%	0.12	
	Attuazione e verifiche della programmazione chirurgica e in sala operatoria in base all'opera delle procedure e delle indicazioni emanate				100% ai controlli a campione				
2.1.2	Ruolo rete regionale perinatale	SIS	ANNO		≥ 8	0.14	100%	0.14	
2.1.3	Esami entro 48 ore ai degeniti (endoscopia/radiagnostica)	ICT order entry DWH			95%	0.14	100%	0.14	
2.1.4	accreditamento SHED	ICT order entry DWH			si	0.14	100%	0.14	rimandato a 2019
2.1.5	Attivazione laboratorio genetico	SIS			si	0.14	100%	0.14	cassato
2.1.6	Unificazione DH medico UOC Medicina gen e Medicina ind. Immun. e protocollo appropriato utilizzo	DMPO	I trim 2018		si	0.14	100%	0.14	
2.1.7	Team interdisciplinare piede diabetico	UOC GALP	I sem 2018		si	0.14	100%	0.14	
2.1.8	Ri-organizzazione area coordinamento cardiologica	DMPO	I trim 2018		si	0.14	100%	0.14	Il percorso è stato predisposto dalla DMPO/bad management e adottato al 100% dimessi
2.1.9	piano per le dimissioni tempistiche UOC genitoria	DMPO	I trim 2018		si	0.14	100%	0.14	Narfolgia e dialisi la UOC ha completato il piano di riorganizzazione operativo le è stato riconosciuto l'obiettivo turnover < 1 giorno -
2.1.10	Messa a regime trasferimento in nuovi spazi (UOC nefrologia e dialisi e radiologia interventistica)	DMPO	ANNO		si	0.14	100%	0.14	in corso d'anno si è proceduto con la definizione del documento condiviso/ rimandata a 2019 attivazione riduzione da 38 a 32 gg di attesa
2.1.11	Turnover ppil UOC ortopedia	DMPO			100%	0.14	100%	0.14	9 ambulatori del sabato attivati
2.1.12	Attivazione Subintensiva multidisciplinare	DMPO	I sem		si	0.14	100%	0.14	
2.1.13	Riduzione attese oltre 30 gg UOISD centro senologia e chirurgia plastica	DMPO/NAGR	ANNO		+10%	0.14	100%	0.14	
2.1.14	Ambulatori del sabato	DMPO/ SIS	I trim 2018/ I sem 2018		3 nuovi ambulatori attivi	0.14	100%	0.14	
2.1.15	Modello dipartimentale: sviluppo e consolidamento	DS	I trim 2018		1 documento valutazione e proposte	0.14	100%	0.14	
2.1.16	Report mensili su produzione e appropriatezza	UOC pianificazione strategica			12 report	0.14	100%	0.14	
2.1.17	Report mensili su costi e ricavi	Direzione strategica	ANNO		12 report	0.14	100%	0.14	
2.1.18	Revisione organizzazione interna (anche coordinamento associazioni) UOC URP	DS			1 Regolamento interno attuato	0.14	100%	0.14	
2.1.19	Progetto di dematerializzazione	Direzione Amministrativa	II sem 2018		si	0.14	100%	0.14	
2.1.20	Razionalizzazione e riorganizzazione uffici in termini di risorse umane anche per il contenimento delle ore di straordinario	UOC politiche del personale e gestione risorse umane			riduzione obiettivi UOOS	0.14	100%	0.14	
2.1.21	Sviluppo servizio DS e APA	GALP	ANNO		+ 50%	0.14	100%	0.14	
2.1.22	potenziamento attività (ematologia, patologia clinica, IMAe, chirurgia plastica, terapia antitumorale, urologia)	SIS			100% dei singoli obiettivi	0.14	100%	0.14	
	incremento attività				totale obiettivo	3	100%	0.14	2.98

obiettivo strategico 2.2. **PROTOCOLLI RICORSI ED ESITI obiettivi operativi**

INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO	PESO	RISULTATO	P.TI	Note
2.2.1	Contenimento tempi attesi intervento per cataratta	DMPO / NAGR	ANNO	10 MESI	0,05	100%	0,05	tempi d'attesa a 9 mesi
2.2.2	Sviluppo chirurgia oncologica testa-collo	DMPO	I sem 2018	si	0,05	100%	0,05	
2.2.3	proporzione di parti cesarei primari	SIS/prevale	ANNO	24,0	25%	0%	-	31%
2.2.4	Assistenza pediatrica appropriata in PS	DMPO	I trim 2018	si	0,05	100%	0,05	100% fast truck
2.2.5	Protocolli appropriata richiesta endoscopie	DMPO	I trim 2018	si	0,05	100%	0,05	non valutabile
2.2.6	Monitoraggio riadmissioni post intervento (spalla)	SIS/prevale	ANNO	entro il 25% percentile inferiore	-	casato	-	
2.2.7	Programma per accreditamento volontario tra pari	DMPO	III trim 2018	si	0,05	100%	0,05	
2.2.8	Utilizzo appropriato prevenzione e terapia antibiotica UOC ematologia	DMPO	I trim 2018	si	0,05	100%	0,05	
2.2.9	Utilizzo appropriato prevenzione e terapia antibiotica nel setting dell'urgenza	CCICA	I sem 2018	si	0,05	100%	0,05	
2.2.10	Protocolli EBM (UOSD chirurgia maxillofaciale, vitreo-retinica e UOC radioterapia)	DSA	I sem 2018	2 / struttura	0,05	100%	0,05	
2.2.11	Protocolli appropriata richiesta esami radiologici a maggior rischio di inappropriata (TC)	DMPO	II trim 2018	2	0,05	100%	0,05	
2.2.12	Protocolli appropriata diagnostica in oncologia e in ematologia	DMPO	II trim 2018	2	0,05	100%	0,05	
2.2.13	Protocolli appropriata richiesta esami di laboratorio a maggior rischio di inappropriata	DMPO	II trim 2018	3	0,05	100%	0,05	
2.2.14	realizzazione PBM (UOC medicina trasfusionale UOC anestesia e rianimazione/anestesia operatoria)	DMPO	II trim 2018	4 anestesia 1 medicina transf	0,05	100%	0,05	
2.2.15	Percorso diagnostico terapeutico e protocolle di dimissioni pianificate (UOC medicina interna)	DMPO/SIS	ANNO	80% dei casi dimessi	0,05	100%	0,05	
2.2.16	Team interdisciplinare mm autoimmuni (UOC medicina interna ad indirizzo immunologico)	GALP	I sem 2018	si	0,05	100%	0,05	
2.2.17	Prevenzione Cadute (UOSD medicina interna ad indirizzo endocrino metabolico)	UOSD rischio clinico		50%	0,05	100%	0,05	
2.2.18	Monitoraggio ricoveri entro 30 gg dalle dimissioni (UOC geriatria)	SIS/prevale	ANNO	entro il 25% percentile (% inferiore)	0,05	100%	0,05	
2.2.19	Dimissioni pianificate pz ortopedico (UOC medicina fisica e riabilitazione)	DMPO		90% dimessi ortopedici	0,05	100%	0,05	
2.2.20	Assistenza nel fine vita (protocollo end stage)	DMPO		3	0,05	100%	0,05	
2.2.21	Nuovo regolamento DEA	DMPO	I trim 2018	si	0,05	100%	0,05	

obiettivi operativi	INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO	PESO	RISULTATO MAGGIUNTO	P-TI	note
2.2.22	Coordinamento Comitato e Unioni periodiche (almeno 6) Report trimestrali alla Direzione sulla attuazione del Piano di lavoro previsto dal Regolamento; Emanazione di procedura su gestione tempistiche varie (in allegato) - entro marzo	verbali	ANNO		6	0,06	100%	0,06	
2.2.23	Integrazione su tariffe di riferimento e controlli - incontro ALPI entro giugno	DS	I sem 2018		si	0,06	100%	0,06	
2.2.24	Raccolta e sistematizzazione Linee Indicatrici di volume ed esito (previsti per singole UOOC chirurgie vascolare, chirurgie generale e generale, Ind. cardiologia, MAR, Ortopedia, chir. cto breve)	DMPO/ SIS	I trimestre /anno		1 Procedura e 1 Repertorio on line	0,06	100%	0,06	
2.2.25	Manuale delle procedure e delle istruzioni operative (UOC anatomia ed ortopedia) - approvazione alla DSA entro settembre	SIS/ prevale - DSA - DMPO	III trim 2018		si	0,06	100%	0,06	
2.2.26	Manuale proposto per approvazione alla DSA entro settembre	DSA - DMPO	III trim 2018		si	0,06	100%	0,06	parzialmente cassato, verificato indicatore prevale per chirurgia generale
2.2.27	Definizione e attuazione gestione relativo pazienti candidati a trapianto di cellule staminali emopoietiche		I trim 2018		si				
2.2.28	1 riunione a trimestre con esiti verbalizzati e divulgati	DMPO	ANNO		4 verbali riunioni	0,06	100%	0,06	
2.2.29	Progettazione Dossier sanitario entro marzo - Messa in esercizio entro settembre	DS	I trimestre / III trimestre		si	0,06	100%	0,06	
2.2.30	Effettuazione dei Piani di lavoro con il Comitato di controllo con il Clinico	UOC Radioterapia			95%	0,06	70%	0,04	
2.2.31	Partecipazione attiva al Piano anti incendio	responsabile piano anti incendio			si	0,06	100%	0,06	
2.2.32	linee guida regionali	DA			Delibere procedure	0,06	100%	0,06	
2.2.33	regolamento	DA			Adozione Piano di Audit	0,06	100%	0,06	
2.2.34	termini accordo /report strategica	UOC Strategica			rispetto termini accordo	0,06	100%	0,06	
2.2.35	proposte a DA	DA			adozione entro anno	0,06	100%	0,06	
2.2.36	proposte a DA	DA			adozione entro anno	0,06	100%	0,06	
2.2.37	corsi formazione	UOOC qualità e corsi formazione			in sede RM2 entro il 30/03/2018	0,06	100%	0,06	
2.2.38	verbale di consegna	DMPO	ANNO		in sede RM2 entro il 15/07/2018	0,06	100%	0,06	
2.2.39	invito al Dialogo Competitivo, agli Operatori selezionati	DA			100% delle procedure concorsuali	0,06	100%	0,06	
2.2.40	atti deliberativi	UOC Strategica			report mensili alla Direzione strategica	0,06	100%	0,06	
2.2.41	report alla Direzione Strategica	UOC Strategica			report mensili alla Direzione strategica	0,06	100%	0,06	
2.2.42	report	UOC Strategica			sottocosti di Contabilità generale in carica in quadratura con i valori (costo storico e fondo ammortamento del Libro Cespti)	0,06	100%	0,06	
2.2.43	valorizzazione dei beni mobili aziendali oggetto di inventario straordinario - fondo ammortamento	UOC Strategica			delibera su albo pretorio	0,06	100%	0,06	
2.2.44	delibera	DA			8 lu-18	0,06	100%	0,06	
2.2.45	cronoprogramma	DA			70%	0,06	100%	0,06	
2.2.46	percentuale reparti attivati entro dicembre 2018	DMPO	II trim 2018		set-18	0,06	100%	0,06	cronoprogramma modificato in
2.2.47	trasferimento	DMPO	III trim 2018		set-18	0,06	100%	0,06	cassato
2.2.48	consegna progetto al NVR	DA	II trim 2018		8 lu-18	0,06	100%	0,06	
2.2.49	consegna progetto al NVR	DA	II trim 2018		8 lu-18	0,06	100%	0,06	
2.2.50	consegna progetto al NVR	DA	II trim 2018		8 lu-18	0,06	100%	0,06	
totale obiettivo						3		2,92	

obiettivo strategico 2.3. ECCELLENZA INNOVAZIONE obiettivi operativi

INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017	RESULTATO AITESSO	PESO	RESULTATO	P.TI	note
2.3.1. Consolidamento Attività pediatrica	SIS	ANNO		+20%	-	cessato	-	attivazione agende nel 2018
2.3.2. Attuazione convenzione universitaria	UOSD qualità e formazione	ANNO			0,10	100%	0,10	mancata acquisizione macchinario
2.3.3. Screening audiologico 2° livello	DMPO	1 trim 2018		SI	-	cessato	-	
2.3.4. Avvio ecodensopia	DMPO	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	riorganizzazione reparto
2.3.5. Sviluppo traumatologia sport	DMPO	ANNO		2	-	cessato	-	
2.3.6. Team multidisciplinari oncologici	DMPO	ANNO		+20%	0,10	100%	0,10	
2.3.7. Ambulatorio diabetico	SIS	ANNO		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.8. Ambulatorio del sabato	GALP	ANNO		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.9. Messaggio regionale nuovo modello di assistenza clinica	DMPO	1 trim 2018		2	0,10	100%	0,10	
2.3.10. Sviluppo Elettrostimolazione	GALP	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.11. Team interdisciplinare piede diabetico	GALP	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.12. Team interdisciplinare mm autoimmuni	GALP	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.13. Controllo infezioni UOC MAR	Partecipazione medici infermieri a formazione CCICA	ANNO		80% di partecipanti	0,10	100%	0,10	
2.3.14. Team nutrizionale	DMPO	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.15. Team malattie apparato urinario	DMPO	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.16. Rete territoriale cardiologia	GALP	1 trim 2018		+50% disponibilità	0,10	100%	0,10	
2.3.17. PDTA stroke	DMPO	ANNO		100%	0,10	100%	0,10	
2.3.18. Efficiente utilizzo risorse umane (anestesia)	SIS	ANNO		+ 25%	0,10	100%	0,10	
2.3.19. Progetto ERAS (chirurgia robotica)	DAI/ GRU	ANNO		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.20. Accredimento eccellenza UOSD centro senologia	DMPO	ANNO		75%	0,10	100%	0,10	
2.3.21. Rete territoriale diabetologia e III	Mantenimento ambulatorio del sabato	ANNO		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.22. Team interdisciplinare piede diabetico	Ambulatorio interdisciplinare piede diabetico	1 sem		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.23. Sensibilizzazione alle tematiche prestonali	DMPO	ANNO		5	0,10	100%	0,10	
2.3.24. Revisione assistenza infermieristica/ostetrica in PS	DS	ANNO		3 documenti di procedure (P, subintensiva) entro giugno	0,10	100%	0,10	
2.3.25. Gestione unificata richieste e consegna referti e cartelle	DS	1 trim 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.26. Coordinamento e linee guida per cartella clinica informatizzata e brevettato ps	ICT	1 trim / 1 sem 2018		1 Procedure, 100% sezioni cartella sono attive; 100% bracciale	0,10	100%	0,10	
2.3.27. Infezioni sanitarie presenti su DWH da varie fonti	Planificazioni e strategica / ICT	ANNO		1 documento di riferimento, 100% dati verificati	0,10	100%	0,10	
2.3.28. Aggiornamento sito internet	ICT/ RPTC	ANNO		aggiornamenti del sito entro 7 giorni	0,10	100%	0,10	
2.3.29. Sistemi di accreditamento volontario/professionale	DS	1 sem 2018		SI	0,10	100%	0,10	
2.3.30. Benchmarking per efficiente utilizzo personale medico	DS/ Pianificazione strategica	ANNO		3 report di benchmarking	0,10	100%	0,10	
2.3.31. Laboratorio preparazioni NA	DMPO	1 trim 2018		SI	-	cessato	-	
2.3.32. Messa in esercizio DWH	Planificazioni e strategica	1 trim 2018		SI	0,10	50%	0,05	
2.3.33. Modello di servizi costo-benefici e della capacità ottimale di programmi sanitari (servizi, apparecchiature, ecc)	Direzione Strategica	1 sem 2018/ III trim 2018		1 Modello servizi e 1 Documento di riferimento	0,10	100%	0,10	
2.3.34. Completamento progetti approvati dalla Regione (Ingegneria Clinica)	Programmi in corso	ANNO		>= 80%	0,10	100%	0,10	totale obiettivo 2,35

obiettivo strategico 2.4. RISCHIO CLINICO E ICA
obiettivi operativi

	INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO	PESO	RISULTATO	P.TI
2.4.1	Terapia nutrizionale (UOC oncologia, medicina interna e interna ad indirizzo immunologico, medicina d'urgenza)	DMPO			100%	0,38	100%	0,38
2.4.2	Prevenzione Cadute (UOC geriatria / DAI)	UOSD risk management			rispetto indicatori singole UJOO	0,38	100%	0,38
2.4.3	Controllo infezioni (indicazioni e sorveglianza CC-ICCA) (UOC ortopedia e traumatologia e neurochirurgia)	CCICA			80% di partecipanti; 100% adesione	0,38	100%	0,38
2.4.4	Dati di esito UOC chirurgia generale)	CCICA	ANNO		100%	0,38	83%	0,31
2.4.5	Analisi incrociate su mortalità ed eventi avversi	rischio clinico			2 Audit verbalizzati di UOC entro marzo e entro settembre	0,38	100%	0,38
2.4.6	Sviluppo di competenze professionali	DS/ Pianificazione strategica			2 report	0,38	100%	0,38
2.4.7	Antibiotic stewardship	DS	IV trim 2018		si	0,38	100%	0,38
		CCICA	ANNO		100%	0,38	100%	0,38
					totale obiettivo	3	100%	0,38

obiettivo strategico 2.5. NORMATIVE ED ALTRO obiettivi operativi

INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO	PESO	RISULTATO	P.TI	note	
2.5.1	Attuazione indicazioni regionali 2017 su gravidanza e parto	DMPO	I trim 2018	100%	0,19	100%	0,19		
2.5.2	Rete territoriale cardiologia	GALP	I trim 2018	si	0,19	100%	0,19		
2.5.3	Qualità alimentazione degenti			3 monit.	0,19	100%	0,19		
2.5.4	Rete regionale ictus	SIS		si	0,19	100%	0,19		
2.5.5	Monitoraggio sovraccollamento	SIS	ANNO	100%	0,19	100%	0,19	2,40 scarti SIAS	
2.5.6	Monitoraggio e recupero errori impegnativi e SIAS	Planificazioni strategica		max 2%	0,19	0%	-		
2.5.7	Radiofrequenze (collaborazione UOSD Prevenzione e protezione)	Medico competente		si	-	cessato	-	cessato in sede assegnazione	
2.5.8	Accoglienza e umanizzazione della Hall	DMPO	I trim 2018/anno	si	0,19	100%	0,19		
2.5.9	Monitoraggio su appropriato utilizzo dispositivi medici	Planificazioni strategica		3 report di monitoraggio	0,19	100%	0,19		
2.5.10	Sistema di contabilità analitica aziendale e regionale	disposizioni regionali		indicazioni regionali	0,19	100%	0,19		
2.5.11	Attuazione direttiva 2013/59	DMPO		si	-	cessato	-	cessato in sede assegnazione	
2.5.12	Redazione progetti esecutivi terza fase ex art. 20 di competenza	Planificazione strategica		dic-18	-	cessato	-	cessato in sede assegnazione	
2.5.13	ricognizione ed adeguamento ad art. 1 legge del debito informativo /Ance e Sias	Planificazione strategica		Relazione al Direttore Amministrativo entro il 31/12/2018	0,19	100%	0,19		
2.5.14	Assolvimento obblighi fiscali e contributivi	Planificazione strategica	ANNO	rispetto obblighi	0,19	100%	0,19		
2.5.15	Applicazione delle nuove procedure di pagamento per le diverse categorie di creditori delle aziende del SSR	Planificazione strategica		Presenza in carico della funzione di pagamento ai creditori realizzata tramite il sistema SIOPE entro la scadenza prevista dalla normativa di riferimento	0,19	100%	0,19		
2.5.16	Aggiornamento censimento apparecchiature	Planificazione strategica		100% apparecchiature	0,19	100%	0,19		
2.5.17	liquidazione fatture (ingegneria clinica)	Planificazioni strategica		> 90% fatture liquidate	0,19	100%	0,19		
2.5.18	Assolvimento obblighi fiscali e contributivi	Bilancio		rispetto obblighi regolamenti e aggiornamenti	0,19	100%	0,19		
2.5.19	Legge Gelli 24/2017	Planificazione strategica		regolamento	0,19	100%	0,19		
totale obiettivo							3	3	

AREA STRATEGICA 3 - TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
 obiettivo strategico 3.1. OBIETTIVI PTPCT

		totale area			10	10		
		2017F	PERIODO	FONTE	RISULTATO ATTESO	PESO	RISULTATO RAGGIUNTO	P.TI
			ANNO	responsabile PCT				
	obiettivi operativi							
3.1.1.	obiettivi da mappatura PTPCT				100%	10	100%	100%
	INDICATORE							
	% obiettivi raggiunti/obiettivi piano							

Centri di Responsabilità di primo livello	Centri di Responsabilità di secondo livello	punteggio totale
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ASSISTENZA INTENSIVA	U.O.C. MEDICINA D'URGENZA	98,30
	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE/CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	100
	UOC PRONTO SOCCORSO E BREVE OSSERVAZIONE	97,40
	UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA CON UNITA' CORONARICA	100
	UOC ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	98
	UOC NEUROLOGIA CON UNITA' DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE	100
	UOC NEUROCHIRURGIA	94,81
	UOSD RADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	100
	totale dipartimento	98,86
DIPARTIMENTO CHIRURGIA	UOC CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	24
	UOC CHIRURGIA GENERALE	23
	UOC UROLOGIA	100
	UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE/ANESTESIA OPERATORIA	100
	UOC CHIRURGIA VASCOLARE	93,62
	UOSD CHIRURGIA GENERALE CON TECNICA ROBOTICA	80,68
	UOSD CHIRURGIA CICLO BREVE	100
	UOSD CENTRO DI SENOLOGIA	96,36
	UOSD CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	85,23
	UOSD TERAPIA ANTALGICA	55,68
	UOSD TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	92,76
	totale dipartimento	77,65
DIPARTIMENTO MEDICINA	UOC MEDICINA INTERNA	100
	UOC MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	71,86
	UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	100
	UOC ANGIOLOGIA	66,48
	UOC CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	90
	UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	100
	UOC GERIATRIA	73,73
	UOSD ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	100
	UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	100
	UOSD SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	70
	UOSD MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO ENDOCRINO-METABOLICO	75
totale dipartimento	86,46	
DIPARTIMENTO SPECIALITA'	UOC OFTALMOLOGIA - BANCA DEGLI OCCHI	97,50
	UOC OTORINOLARINGOIATRIA	96,01
	UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	63
	UOC NEONATOLOGIA CON TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	74,15
	UOSD MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	48,51
	UOC ONCOLOGIA	100
	UOC EMATOLOGIA	68,40
	UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	70,70
	UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	77,40
	UOSD CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	23,50
	UOSD CHIRURGIA VITREORETINICA	97
	totale dipartimento	75

Centri di Responsabilità di primo livello	Centri di Responsabilità di secondo livello	punteggio totale
DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E MEDICINA TRASFUSIONALE	UOC RADIODIAGNOSTICA	95,45
	UOC PATOLOGIA CLINICA	90
	UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	96,15
	UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	100
	UOSD RADIODIAGNOSTICA PRESIDIO ADDOLORATA	100
	totale dipartimento	96,32
UOC PIANIFICAZIONE STRATEGICA, BUDGET, CONTROLLO DI GESTIONE, SUPPORTO OIV E CONTROLLO INTERNO		100
UOSD RISCHIO CLINICO E MEDICINA LEGALE		100
UOSD PREVENZIONE E PROTEZIONE		100
UOSD SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO		100
UOSD UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO		100
UOSD QUALITA' E FORMAZIONE		100
UOSD SVILUPPO ORGANIZZATIVO		100
UOSD SVILUPPO E GESTIONE INCREMENTO DELLE TECNOLOGIE INFORMATICHE		91,25
UOSD INGEGNERIA CLINICA		100
UOC DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI OSPEDALIERI		100
UOC GESTIONE AMBULATORIALE E LIBERA PROFESSIONE		93
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI		100
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE		100
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE , USO RAZIONALE DELL'ENERGIA, MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA		100
UOC PROGETTAZIONE, CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO		100
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE		100
UOSD AFFARI GENERALI		100
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE		100
UOC DIREZIONE ASSISTENZA INFERMIERISTICA		100
UOC FARMACEUTICA		100
UOSD FISICA MEDICA		90

DELIBERAZIONE

N. 519/CS DEL 20 giu 2019

Si attesta che la deliberazione: è stata
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data

21 giu. 2019

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data:

21. giu 2019

- data di esecutività:

21 giu. 2019

Deliberazione originale
Composta di n. 58 fogli
Esecutiva il, 21 giu. 2019
Il Direttore della UOC
Affari Generali e Gestione Amministrativa ALPI

f.to dr.ssa Angela Antonietta Giuzio