

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

numero \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

**Oggetto: Approvazione della Relazione sulla Performance per l'anno 2016**

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 Pianificazione strategica, budget,  
controllo di gestione, supporto OIV  
e controllo interno**\_\_\_\_\_ Lara Malucelli \_\_\_\_\_  
EstensoreIl Responsabile del procedimento Angela Maria  
Salvatori

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Direttore Angela Maria Salvatori

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Proposta n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IL DIRETTORE SANITARIO f.f.  
dr. Angelo Camaioni**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
dr. Cristiano CamponiLa presente deliberazione si compone di n° \_\_\_\_\_ di cui n° \_\_\_\_\_ di pagine di allegati e di una  
pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.

# **Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata**

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE  
ANNO 2016**



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.

## PRESENTAZIONE ED INDICE

2.	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	p. 5
2.1	Il contesto di riferimento	p. 5
2.2	l'Amministrazione	p. 5
3.3	I risultati raggiunti	p. 9
3.4	Le criticità e le opportunità	p. 11
3.	Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	p. 11
3.1	Albero della performance	p. 11
3.2	Obiettivi strategici	p. 12
3.3	Obiettivi operativi	p. 12
3.4	Obiettivi individuali	p. 17
4.	Risorse, efficienza ed economicità	p. 18
5.	Pari opportunità e bilancio di genere	p. 19
6.	Il processo di redazione della Relazione sulla Performance	p. 22
6.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	p. 23
6.2	Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	p. 24

ALLEGATO 1 albero della performance 2016

ALLEGATO 2 tabella obiettivi strategici

ALLEGATO 3 documenti del ciclo di gestione della performance

ALLEGATO 4 tabelle sulla valutazione individuale

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

### **2.1 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).

### **2.2 L'AMMINISTRAZIONE**

L'A.O. San Giovanni Addolorata è stata formalmente 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 U00112 del 19/03/2015, e s.m.i.

Si articola in:

- staff (struttura e funzioni);
- strutture di primo livello : dipartimenti (art. 17 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.);
- strutture di secondo livello unità operative complesse e unità operative semplici dipartimentali.

L'Azienda è una azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, di alta specializzazione e di rilievo nazionale, deputata ad assicurare l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza\urgenza o in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità.

Per le finalità sopra esposte, l'Azienda utilizza un approccio multidisciplinare, definendo ed applicando modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e promuovendo lo sviluppo di procedure diagnostiche e terapeutiche innovative.

Le attività dell'Azienda sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La risposta alla domanda di salute è fornita attraverso la partecipazione al raggiungimento dei livelli di assistenza previsti dalla pianificazione nazionale e regionale.

Rientrano, inoltre, nell'ambito dei compiti dell'Azienda la garanzia della continuità delle cure ai pazienti al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

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) di eccellenza dei professionisti nell'assistenza.

L'Azienda espleta la sua attività istituzionale su tre presidi ospedalieri ed un presidio sanitario:

	ubicazione	destinazione
<b>P.O. San Giovanni</b>	Piazza San Giovanni in Laterano dal n. 78 al n. 82 - 00184	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

	Roma	
<b>P.O. Addolorata</b>	Via di Santo Stefano Rotondo n. 5/a – 00184 Roma	attività clinica ed attività riabilitativa e/o post-acuzie, in regime di ricovero ordinario e diurno e attività di specialistica ambulatoriale
<b>P.O. Britannico</b>	Via di Santo Stefano Rotondo n. 6 – 00184 Roma	attività clinica in regime di ricovero ordinario e diurno ed attività di specialistica ambulatoriale ivi compresa la Banca degli Occhi
<b>P.S. Santa Maria</b>	Via di San Giovanni in Laterano n. 155 – 00184 Roma	attività di specialistica ambulatoriale, dialisi ed attività di ricovero a ciclo diurno

I posti letto esistenti ed attivi al 01/01/2016 sono così articolati (fonte dati: SIS)

Progr. U.o.	Descrizione U.o.	ESISTENTI		DI CUI ATTIVI	
		PL ordinari	PL ricovero diurno	PL ordinari	PL ricovero diurno
0501	Angiologia	0	8	0	8
0801	Cardiologia d'urgenza	12	0	12	0
0803	Cardiologia 2	20	1	20	1
0901	Chirurgia generale 1	26	2	26	2
0902	Chirurgia plastica	4	2	4	2
0903	Chirurgia generale 2	25	2	25	2
0905	Patologia della mammella	4	1	4	1
0907	Terapia antalgica	2	5	2	5
0909	Chirurgia endocrina	4	1	4	1
1001	Chirurgia maxillo facciale	8	1	8	1
1401	Chirurgia vascolare	12	2	12	2
1402	Radiologia interventistica	2	0	2	0
1801	Ematologia	9	6	9	6
1901	Diabetologia	0	4	0	4
1902	Scienza dell'alimentazione	0	1	0	1
2001	Immunologia	0	2	0	2
2101	Geriatrics	20	2	20	2
2601	Medicina I per l'urgenza	30	0	30	0
2602	Medicina interna 2	30	0	30	0
2603	Medicina interna 3	30	3	30	3
2605	Medicina interna 4	40	1	40	1
3001	Neurochirurgia	27	0	27	0
3101	Nido	20	0	20	0
3201	Neurologia	20	0	20	0
3290	UTN	2	0	2	0
3401	Oculistica	4	7	4	7
3404	IRCCS Fondazione G.B. Bietti	2	2	2	2
3405 (sub codice)	Chirurgia vitreo-retinica	2	1	2	1
3602	Ortopedia e traumatologia	40	6	40	6
3603	Medicina e traumatologia dello sport	8	0	8	0
3701	Ginecologia 1	16	1	16	1
3702	Ostetricia 1	16	6	16	6
3801	Otorinolaringoiatria	18	2	18	2
4001	Servizio psichiatrico	16	0	16	0
4304	Urologia	20	4	20	4
4902	Centro Rianimazione Polivalente	16	0	8	0
4903	Terapia Intensiva PO	11	0	8	0

N.B. la Fondazione Bietti opera presso l'A.O. in virtù di una convenzione



La presenza, all'interno dei Presidi dell'Azienda, di tutte le 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 alla riduzione del rischio clinico.

## Risorse umane

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2016, a fronte di una dotazione organica complessiva (approvata dalla Giunta regionale con delibera n. 4837 del 29/07/1997) di 3.520 unità, è di 2.171 unità (incluso il tempo determinato).

TAB. 1 COMPOSIZIONE PERSONALE 2015 - 2016

Tipologia personale	2015	2016	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici	497	505	8	1,61
Dirigenti ruolo sanitario non medico	20	18	-2	-10,00
Comparto ruolo sanitario	1317	1331	14	1,06
Dirigenti altri ruoli	12	14	2	16,67
Comparto altri ruoli	301	303	2	0,66
<b>TOTALE</b>	<b>2147</b>	<b>2171</b>	<b>24</b>	<b>1,12</b>

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

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

TAB. 2 DATI PERSONALE ANNO 2016 (fonte: UOC Politiche del personale e gestione risorse umane/UOSD Qualità e Formazione)

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	50
Età media dei dirigenti (anni)	54
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	1,34
Ore di formazione (media per dipendente)*	15,52
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	53,73%
Costi di formazione	169.030
Tasso di assenze	18%
Tasso di richieste di mobilità	n.d.
Tasso di infortuni	7,14%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto	2237
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti	6103
% di personale assunto a tempo indeterminato	3,23%

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

\* escluso APAP

### 2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

Dati riferiti all'anno 2016, come rilevati dai report dall'Unità operativa Sistema Informativo Sanitario (S.I.S) (fonte : schede di dimissione ospedaliera, archivio accessi di pronto soccorso, archivio prestazioni ambulatoriali)

TAB. 3 OSPEDALE IN CIFRE

		2015	2016	
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	Assistenza ospedaliera per acuti : in day hospital e day surgery	n. ricoveri effettuati in regime di day hospital	3.489	3.805
		n. accessi effettuati in regime di day hospital	21.886	21.278
		n. ricoveri effettuati in regime di day surgery	3.102	3.111
		n. accessi effettuati in regime di day surgery	6.490	6.447
	Assistenza ospedaliera per acuti : in degenza ordinaria	n. ricoveri effettuati in regime ordinario	22.541	22.274
		n. giorni di degenza ordinaria	178.920	171.523
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	n. giorni di degenza per lungodegenti	0	0
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	n. giorni di degenza per riabilitazione	1.560 dh + 5.026 ord	1.588 dh + 4.990 ord
	Attività di pronto soccorso	n. accessi al pronto soccorso	59.752	59.556
	<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	attività di laboratorio	503.641	436.489
attività di diagnostica strumentale e per immagini		46.479	34.970	
attività clinica		302.825	271.927	

Fonte dati : SIS

GRAFICO 1 ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO E DH ANNO 2016 (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

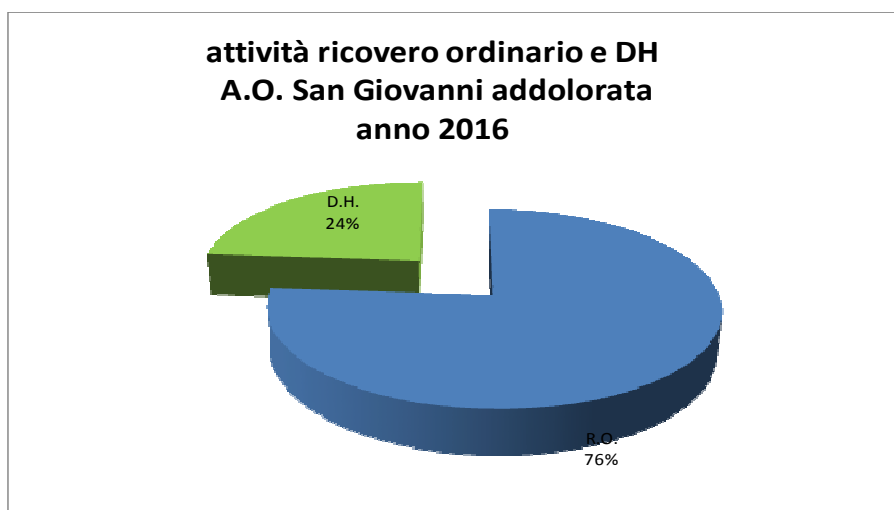


GRAFICO 2 ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO E DH ANNI 2015 - 2016 (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

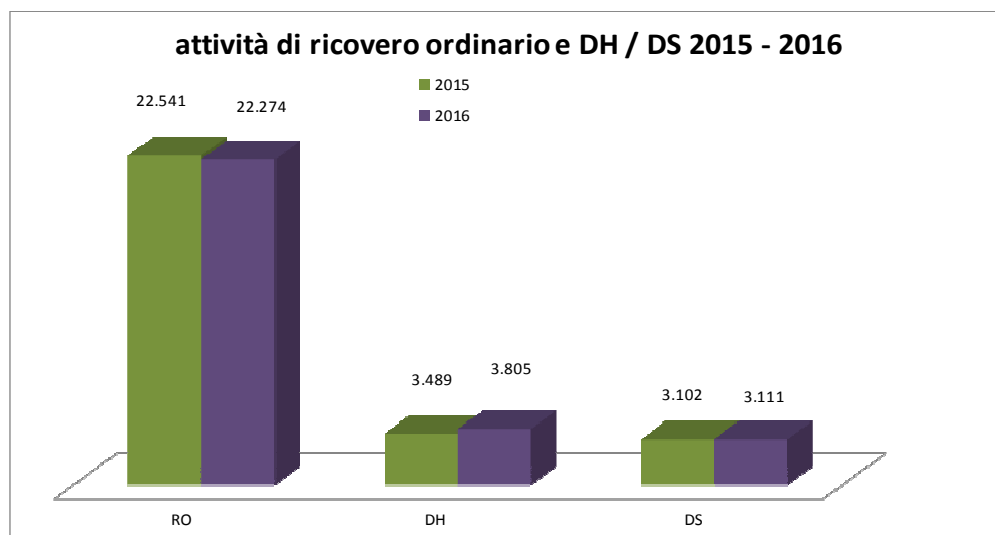
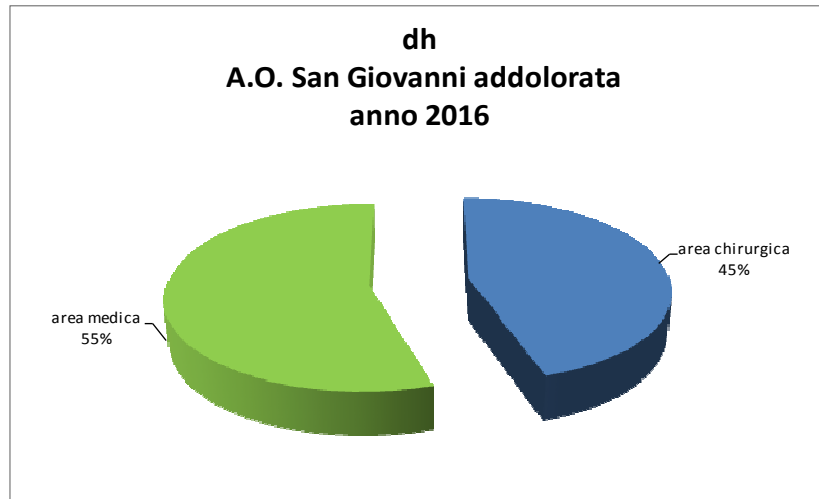


GRAFICO 3 ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO ANNO 2016 – dettaglio (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



GRAFICO 4 ATTIVITA' DH ANNO 2016 - dettaglio (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



#### 2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

Le criticità possono essere riassunte brevemente nella carenza di personale legata al blocco del turnover, che persiste per talune aree e specialità nonostante le deroghe assunzionali concesse dalla Regione e nella scarsa propensione del personale ai mutamenti organizzativi.

Le opportunità risiedono nella disponibilità di tecnologie avanzate per alcune specialità di punta (chirurgia robotica, radioterapia, oncologia), nella professionalità e preparazione del personale.

### 3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

#### 3.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE (allegato 1)

Gli obiettivi per l'anno 2016 sono coerenti con quelli individuati dall'Azienda nel Piano della performance 2015 – 2017 e nel Piano strategico aziendale 2014 – 2016 adottato con deliberazione n. 796/DG del 17/11/2014 (reperibile al sul sito aziendale nell'Area Amministrazione Trasparente – sezione atti amministrativi generali), nonché con gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale con DCA n. U00273 del

08/09/2016 “Individuazioni delle Aziende del S.S.R. da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015”.

Con lettera prot. 14528/DG del 18/05/2017 la Direzione Strategica ha individuato un obiettivo preliminare “realizzazione di almeno tre incontri in corso d’anno di analisi dell’andamento della performance organizzativa di dipartimento comprovata da verbale controfirmato come requisito come condizione necessaria per l’accesso alla retribuzione di risultato.

### 3.2 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici aziendali individuati per l’anno 2016 sono stati sostanzialmente in linea con quelli previsti nel 2015 (cfr. allegato 1 e 2)

In particolare sono state individuate le seguenti aree strategiche con il relativo punteggio :

•	efficienza	punti	25
•	appropriatezza	punti	30
•	riorganizzazione	punti	30
•	economico gestionale	punti	15
	<b>punteggio totale</b>	<b>punti</b>	<b>100</b>

### 3.3 OBIETTIVI OPERATIVI (allegato 2)

Gli obiettivi strategici sono stati declinati in obiettivi operativi assegnati ai singoli Centri di responsabilità/titolari di budget, nei limiti del bilancio preventivo 2016 e delle indicazioni regionali, così come individuati con le delibere di avvio del ciclo della Performance 2016 con l’individuazione dei centri di responsabilità (n. 931/DG del 10/11/2015) e di assegnazione degli obiettivi (n. 639/DG del 30/08/2016) secondo il processo delineato nel Regolamento del Ciclo di Gestione della Performance 2016 adottato con la suddetta deliberazione di avvio del ciclo (allegato 3).

Trasparenza e Integrità e prevenzione della corruzione

Il Programma per la trasparenza e l'integrità 2016 – 2018 è stato approvato con deliberazione n.53/DG del 29/01/2016, i cui obblighi di pubblicazione nell'apposita sottosezione dell'Area Amministrazione Trasparente sul sito aziendale sono stati verificati dall'OIV.

Per quanto attiene la Prevenzione della corruzione nel corso del 2016 l'Azienda ha provveduto, con Deliberazione n.258/DG del 05/04/2016, ad approvare la 'Mappatura o Registro delle aree aziendali esposte al potenziale rischio di corruzione', in attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2016/2018 adottato con la deliberazione n.53/DG del 29/01/2016, summenzionata. Si è provveduto alla stesura della relazione sui risultati dell'attività svolta nell'anno 2016 per l'attuazione del P.T.P.C. (art.1, co.14, L.n.190/2012) – pubblicata, come previsto, nell'apposita sezione dell'Area Amministrazione Trasparente, inoltre reports analitici (rendicontazione delle misure adottate dalle strutture) sono stati trasmessi in allegato al Direttore Generale e sono conservati agli atti dell'Ufficio del Responsabile anticorruzione.

Si è provveduto alla piena integrazione degli obiettivi specifici in materia di trasparenza e prevenzione corruzione nell'ambito della performance aziendale, mediante l'attribuzione di specifico punteggio a seconda del grado di raggiungimento degli stessi così come individuati e concordati dalle singole strutture con il Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Gli standard di qualità in termini generali sono stati individuati ed illustrati nell'ambito della Carta dei Servizi, disponibile sul sito istituzionale. Sono state 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. Le criticità emerse attraverso gli strumenti

sopra illustrati sono state risolte nelle sedi e nei modi opportuni, ma non hanno evidenziato la necessità di rivedere gli standard.

Nell'ambito degli obiettivi operativi, per il comparto, in via sperimentale, sono stati individuati obiettivi operativi specifici il cui processo di assegnazione è iniziato a maggio 2016.

La valutazione intermedia degli obiettivi specifici individuati per il comparto è stata effettuata nel mese di giugno 2016. La valutazione intermedia degli obiettivi operativi specifici della dirigenza medica e SPTA è stata effettuata nel mese di ottobre 2016. I risultati di detti monitoraggi, con la segnalazione di eventuali criticità, sono stati presentati ai direttori di dipartimento durante specifici incontri mirati calendarizzati nel mese di ottobre 2016, i cui verbali sono conservati agli atti del Comitato di Budget.

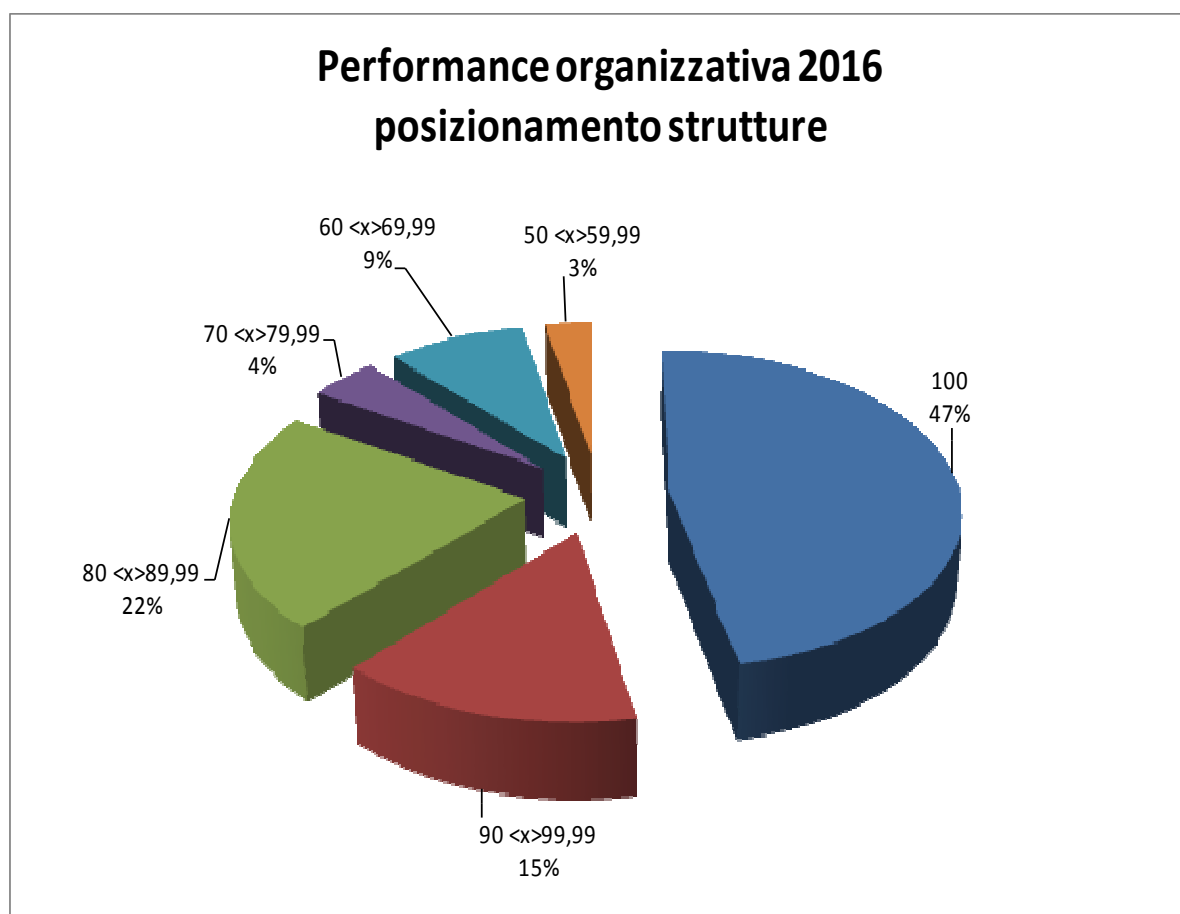
In sede di consuntivazione finale il Comitato di Budget ha proceduto alla cassazione dei seguenti obiettivi operativi:

obiettivo strategico	obiettivo operativo	azione
•obiettivo operativo 1.1.9	gestione amministrativo contabile dei beni mobili aziendali	cassato
•obiettivo operativo 1.1.6	Lavori di ammodernamento reparti - Geriatria - Emodinamica	cassato
•obiettivo operativo 4.3.1	/subobiettivo "imputazione quota parte ricavo a UU.OO. Erogatrici (APA e PAC)" mediante driver ribaltamento	cassato

L'attività di consuntivazione delle schede di budget 2016 si è conclusa nel maggio 2017, i risultati sono stati successivamente trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione per le attività conseguenti previste dal Ciclo della Performance.

Il posizionamento dei singoli CdR/titolari di budget rispetto agli obiettivi operativi loro assegnati è nel complesso positivo, essendosi tutti posizionati al di sopra del 50%.

GRAFICO 5 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2016 - POSIZIONAMENTO CdR in % (elaborazione dati : UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)





TAB 4 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA AZIENDALE – DETTAGLIO CdR in ordine di punteggio

CDC	Elenco UOC e UOSD	performance organizzativa	
		I stanza	II stanza
320132	UOSD Radiodiagnostica Presidio Addolorata	100,00%	100,00%
320104	UOC Patologia clinica	100,00%	100,00%
320105	UOC Anatomia ed istologia patologica	100,00%	100,00%
310101	UOC Medicina d'urgenza	100,00%	100,00%
310102	UOC Anestesia e rianimazione/Centro di rianimazione polivalente	100,00%	100,00%
310409	UOC Angiologia	100,00%	100,00%
311011	UOC Radioterapia	100,00%	100,00%
310104	UOC Pronto Soccorso e breve osservazione	100,00%	100,00%
310107	UOC Neurologia con unità di trattamento neurovascolare	100,00%	100,00%
311001	UOC Oftalmologia - Banca degli occhi	100,00%	100,00%
100300	UOC Pianificazione strategica , budget , controllo di gestione, supporto OIV, controllo interno	100,00%	100,00%
100330	UOSD Rischio Clinico e Medicina legale	100,00%	100,00%
100331	UOSD Prevenzione e protezione	100,00%	100,00%
100332	UOSD Sistema informativo sanitario	100,00%	100,00%
100333	UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico	100,00%	100,00%
100334	UOSD Qualità e formazione	100,00%	100,00%
100335	UOSD Sviluppo organizzativo	100,00%	100,00%
110102	UOC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri	100,00%	100,00%
110103	UOC Gestione ambulatoriale e libera professione	100,00%	100,00%
110205	UOC Acquisizione beni e servizi	100,00%	100,00%
110206	UOC Economico finanziaria e patrimoniale	100,00%	100,00%
110207	UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie, uso razionale dell'energia, manutenzione edile ed impiantistica	100,00%	100,00%
110208	UOC Progettazione, conservazione , valorizzazione del patrimonio storico immobiliare	100,00%	100,00%
110209	UOC Politiche del personale e gestione risorse umane	100,00%	100,00%
110231	UOSD Affari generali	100,00%	100,00%
110232	UOSD Attività amministrativa legale	100,00%	100,00%
110300	UOC Direzione assistenza infermieristica	100,00%	100,00%
33020002	UOS Dispositivi medici	100,00%	100,00%
33020003	UOS Galenica clinica	100,00%	100,00%
330300	UOSD Fisica Medica	100,00%	100,00%
100336	UOSD Sviluppo e gestione incremento delle tecnologie informatiche	100,00%	100,00%
100337	UOSD Ingegneria clinica	100,00%	100,00%
311034	UOSD Chirurgia Vitreo-retinica	98,70%	98,70%
310410	UOC Scienza dell'alimentazione	96,77%	96,77%
311003	UOC Otorinolaringoiatria	96,00%	96,00%
310437	UOSD Medicina interna ad indirizzo endocrino metabolico	95,92%	95,92%
310413	UOC Geriatria	94,25%	94,25%
311010	UOC Ematologia	94,00%	94,00%
310431	UOSD Endocrinologia e diabetologia	93,89%	93,89%
310333	UOSD Centro di senologia	92,50%	92,50%
310108	UOC Neurochirurgia	92,00%	92,00%
311009	UOC Oncologia	91,80%	91,80%
33020001	UOS Farmaci	89,00%	89,00%
311006	UOC Neonatologia con terapia intensiva neonatale	88,55%	88,55%
311005	UOC Ginecologia e ostetricia	88,52%	88,52%
310105	UOC Cardiologia d'urgenza e UTIC	88,42%	88,42%
320101	UOC Radiodiagnostica	86,67%	86,67%
310132	UOSD Radiologia vascolare interventistica	86,67%	86,67%
320106	UOC Medicina Trasfusionale	86,66%	86,66%
310131	UOSD Terapia intensiva post operatoria	85,00%	85,00%
311033	UOSD Chirurgia Maxillo facciale	85,00%	85,00%
310334	UOSD Chirurgia plastica-ricostruttiva	84,94%	84,94%
310406	UOC Malattie dell'apparato respiratorio ed endoscopia	84,88%	84,88%
310411	UOC Cardiologia e riabilitazione cardiologica	83,67%	83,67%
310308	UOC Anestesia e Rianimazione/ Anestesia operatoria	83,33%	83,33%
311012	UOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	82,22%	82,22%
311008	UOC Medicina e traumatologia dello sport	80,00%	80,00%
320130	UOSD Senologia per immagini	avvocata alla UOC	avvocata alla UOC
310106	UOC Ortopedia e traumatologia	75,65%	75,65%
310306	UOC Urologia	78,89%	78,89%
310309	UOC Chirurgia Vascolare	71,40%	71,40%
310435	UOC Nefrologia e dialisi	69,55%	69,55%
310335	UOSD Terapia antalgica	69,60%	69,60%
310331	UOSD Chirurgia endocrino-metabolica	68,77%	68,77%
310405	UOC Medicina interna ad indirizzo immunologico	66,07%	66,07%
310412	UOC Medicina fisica e riabilitazione	64,69%	64,69%
310301	UOC Chirurgia generale ad indirizzo oncologico	62,97%	62,97%
310304	UOC Chirurgia generale	58,69%	58,69%
310403	UOC Medicina interna	56,71%	56,71%

### 3.4 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/Titolare di budget o, ove previsto la P.O. per il comparto sanitario, ha provveduto a condividere gli obiettivi 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 nuovo sistema di misurazione della performance prevede l'elaborazione delle schede e l'effettuazione della verifica mediante l'utilizzo di una piattaforma online. Poiché nel 2016 la stessa non era ancora a disposizione dell'azienda si è proceduto con l'elaborazione delle schede su supporto cartaceo.

I sistemi di misurazione e valutazione individuale sono stati aggiornati ed applicati secondo il nuovo regolamento a partire dal 2016. (Deliberazioni n. 01 e 02/DG dell'11/01/2016).

Del nuovo sistema di misurazione, concordato con le OOSS, è stata data ampia informazione mediante la pubblicazione nell'intranet aziendale, nel corso dell'anno, inoltre, sono stati organizzati corsi di formazione per il personale apicale e di coordinamento responsabile della valutazione individuale.

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.

Il dettaglio di fasi e risultati è riportato nelle schede di cui all'allegato 4.

#### 4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

TAB. 5 RISORSE FINANZIARIE ANNO 2016 (valori in 000 di euro – dato provvisorio - Fonte dati : CE IV trimestre 2016)

	Anno 2015	Anno 2016	Variazione %
valore della produzione	176.762	177.783	0,6
Altri proventi (interessi attivi, proventi straordinari)	4.038	6.389	58,2
costi della produzione	257.867	247.323	-4,1
Altri costi (interessi passivi, oneri straordinari)	13.845	10.044	-27,5
imposte	7.941	8.539	7,5
risultato economico	-98.853	-81.734	-17,3
indice di copertura del valore della produzione rispetto ai costi complessivi di gestione %	63	67	

Il bilancio consuntivo 2016 registra una considerevole riduzione della perdita di esercizio (-17,3%) rispetto all'anno precedente, dovuta alla combinazione da una parte dell'aumento delle entrate (specialistica ambulatoriale, recupero prestazioni extraregione), e dall'altro della riduzione dei costi in particolare per servizi non sanitari e delle spese per accantonamenti.

Relativamente ai costi per l'acquisizione di beni e servizi, nella tabella sottostante vengono riportati i dati di consuntivo del 2016 confrontato con il consuntivo dell'anno precedente.

Dalla tabella si evince un decremento considerevole degli acquisti di servizi non sanitari (-16% rispetto all'anno precedente) che tornano sostanzialmente in linea con il dato 2014 e più contenuto (-6%) di beni non sanitari che si riposizionano ai livelli del 2014.

Risulta in aumento, di contro, la spesa per beni sanitari (+9%) risultante dall'incremento dell'attività di oncologia ed ematologia verificatosi a seguito dei trasferimenti di attività da altre strutture verificatisi nel 2015. In crescita anche la spesa di servizi sanitari (+5%).

TAB. 6 COSTI DI BENI E SERVIZI ANNO 2016

	2015	2016	differenza	%
Beni sanitari	43.389	47.308	3.919	9
Beni non sanitari	284	239	-45	-16
Servizi sanitari	18.140	19.067	927	5
Servizi non sanitari	30.504	28.705	-1.799	-6

Fonte dati: UOC economico finanziaria e patrimoniale

Relativamente ai costi del personale, nella tabella sottostante vengono riportati i dati di consuntivo del 2016 confrontato con il consuntivo dell'anno precedente, si registra un incremento del costo legato sostanzialmente alle assunzioni autorizzate dalla Regione.

TAB. 7 COSTO DEL PERSONALE ANNO 2016

Tipologia personale	2015	2016	differenza	%
Dirigenti medici	52.557	53.224	667	1
Dirigenti ruolo sanitario non medico	1.877	1.787	-90	-5
Comparto ruolo sanitario	56.750	56.639	-111	0
Dirigenti altri ruoli	1.082	1.252	170	16
Comparto altri ruoli	10.722	10.825	103	1
TOTALE	122.989	123.727	738	1

Fonte dati: UOC economico finanziaria e patrimoniale

## 5. PARI OPPORTUNITÀ 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 a tutt'oggi ancora insediato.

TAB. 8 COMPOSIZIONE PERSONALE 2016 DETTAGLIO GENERE

dipendenti in cifre	anno 2016		totale
	maschi	femmine	
Dirigenti ruolo sanitario non medico	6	12	18
Comparto ruolo sanitario	389	942	1331
Dirigenti altri ruoli	296	223	519
Comparto altri ruoli	162	141	303
<b>TOTALE</b>	<b>853</b>	<b>1318</b>	<b>2171</b>

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

TAB. 9 COMPOSIZIONE PERSONALE 2016 DETTAGLIO GENERE dato %

dipendenti in %	anno 2016		totale
	maschi	femmine	
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0%	1%	1%
Comparto ruolo sanitario	18%	43%	61%
Dirigenti altri ruoli	14%	10%	24%
Comparto altri ruoli	7%	6%	14%
<b>TOTALE</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.  
Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

TAB. 10 PERSONALE 2016 – DATI DI GENERE

INDICATORI	VALORE
% di personale donna assunto a tempo indeterminato su assunti anno 2016	60%
Età media del personale femminile non dirigente	49
Età media del personale femminile dirigente	52
Ore di formazione femminile	23.474

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 e UOSD Qualità e Formazione

TAB. 11 COMPOSIZIONE PERSONALE 2016 – DATI GENERE

dipendenti	maschi				femmine			
	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0	0	3	3	0	1	6	5
Comparto ruolo sanitario	25	76	183	105	63	289	415	175
Dirigenti altri ruoli	2	24	126	144	2	40	116	65
Comparto altri ruoli	0	10	78	74	3	16	66	56
<b>TOTALE</b>	<b>27</b>	<b>110</b>	<b>390</b>	<b>326</b>	<b>68</b>	<b>346</b>	<b>603</b>	<b>301</b>

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

TAB. 12 COMPOSIZIONE PERSONALE 2016 – DATI GENERE in %

dipendenti	maschi				femmine			
	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56	< 35	36 <X> 45	46 <X> 55	>56
Dirigenti ruolo sanitario non medico	0%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	2%
Comparto ruolo sanitario	93%	69%	47%	32%	93%	84%	69%	58%
Dirigenti altri ruoli	7%	22%	32%	44%	3%	12%	19%	22%
Comparto altri ruoli	0%	9%	20%	23%	4%	5%	11%	19%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

TAB. 13 COMPOSIZIONE PERSONALE 2016 – LIVELLO ISTRUZIONE

dipendenti	licenza elementare	licenza media	diploma	laurea
maschi	0	150	357	344
femmine	0	164	777	379
<b>TOTALE</b>	<b>0</b>	<b>314</b>	<b>1134</b>	<b>723</b>

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

TAB. 14 COMPOSIZIONE PERSONALE 2016 – LIVELLO ISTRUZIONE in %

<b>dipendenti</b>	<b>licenza media</b>	<b>diploma</b>	<b>laurea</b>
maschi	48%	31%	48%
femmine	52%	69%	52%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
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**

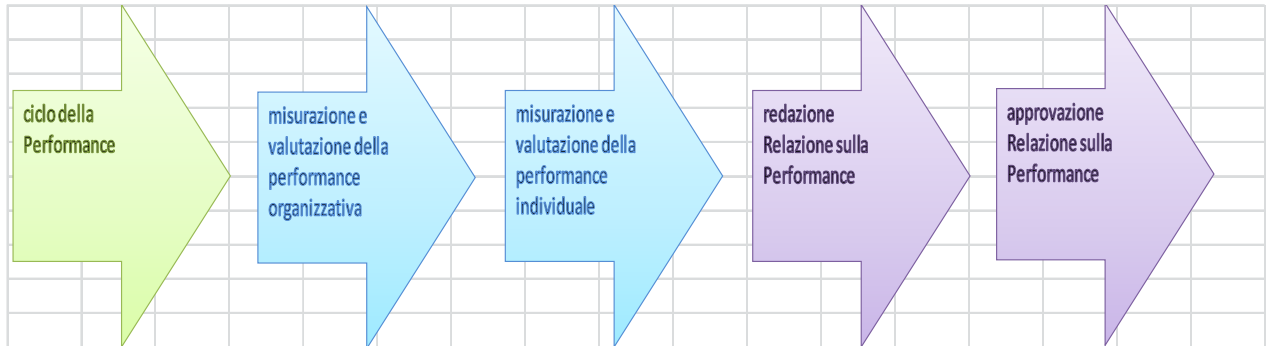
Stante l'effettuazione dell'indagine nel corso del 2016, i cui esiti sono disponibili e pubblicati sul sito aziendale nell'Area Amministrazione Trasparente, non si è ad oggi proceduto all'effettuazione di ulteriore indagine.

## **6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

### **6.1 FASI, SOGGETTI TEMPI E RESPONSABILITA'**

Alla realizzazione della Relazione, che materialmente è stata predisposta dalla U.O.C. Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno, individuata da questa Azienda quale struttura tecnica di supporto all'OIV, hanno collaborato le U.O.C / U.O.S.D coinvolte ratio materiae mediante l'invio della documentazione necessaria.

GRAFICO 5 FASI DEL PROCESSO DI REDAZIONE



attività	attori	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen
Avvio del processo di elaborazione del Piano della Performance	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno eventuale creazione di GdL.								
Riunione di coinvolgimento degli stakeholder interni	Direttore Generale/ Collegio di Direzione								
Predisposizione delle linee di indirizzo strategico del Piano anche alla luce degli obiettivi assegnati dalla Regione	Staff Direzione Generale/UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/Comitato di Budget								
Analisi e validazione delle linee d'indirizzo da parte della Direzione generale	Direzione Generale / OIV								
Approvazione relazione previsionale e programmatica	Direttore Generale								
Predisposizione ed elaborazione schede di programmazione	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/ Comitato di Budget								
Approvazione del budget previsionale	Direttore Generale								
Approvazione ed adozione del Piano da parte della Direzione Generale	Direttore Generale								
Attività di monitoraggio in corso d'anno	UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/ SIS / Farmacie/ Comitato di Budget /UOC Politiche del personale e gestione risorse interne								
Verifica risultati precedenti e redazione relazione sulla Performance	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/ Comitato di Budget								
Valutazione dello stato del sistema e relazione conclusiva	OIV								

Il Direttore Generale coadiuvato dalla struttura di staff Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno, 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.

#### 6.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda Ospedaliera, per l'anno 2016, si era data l'obiettivo di miglioramento per quanto attiene al ciclo di gestione delle performance. I tempi sono migliorati per quanto riguarda la performance organizzativa ed individuale, nel mese di giugno si è portato a compimento il processo relativo alla performance organizzativa mentre nel mese di luglio, in anticipo rispetto all'anno scorso, si è concluso quello della performance individuale.

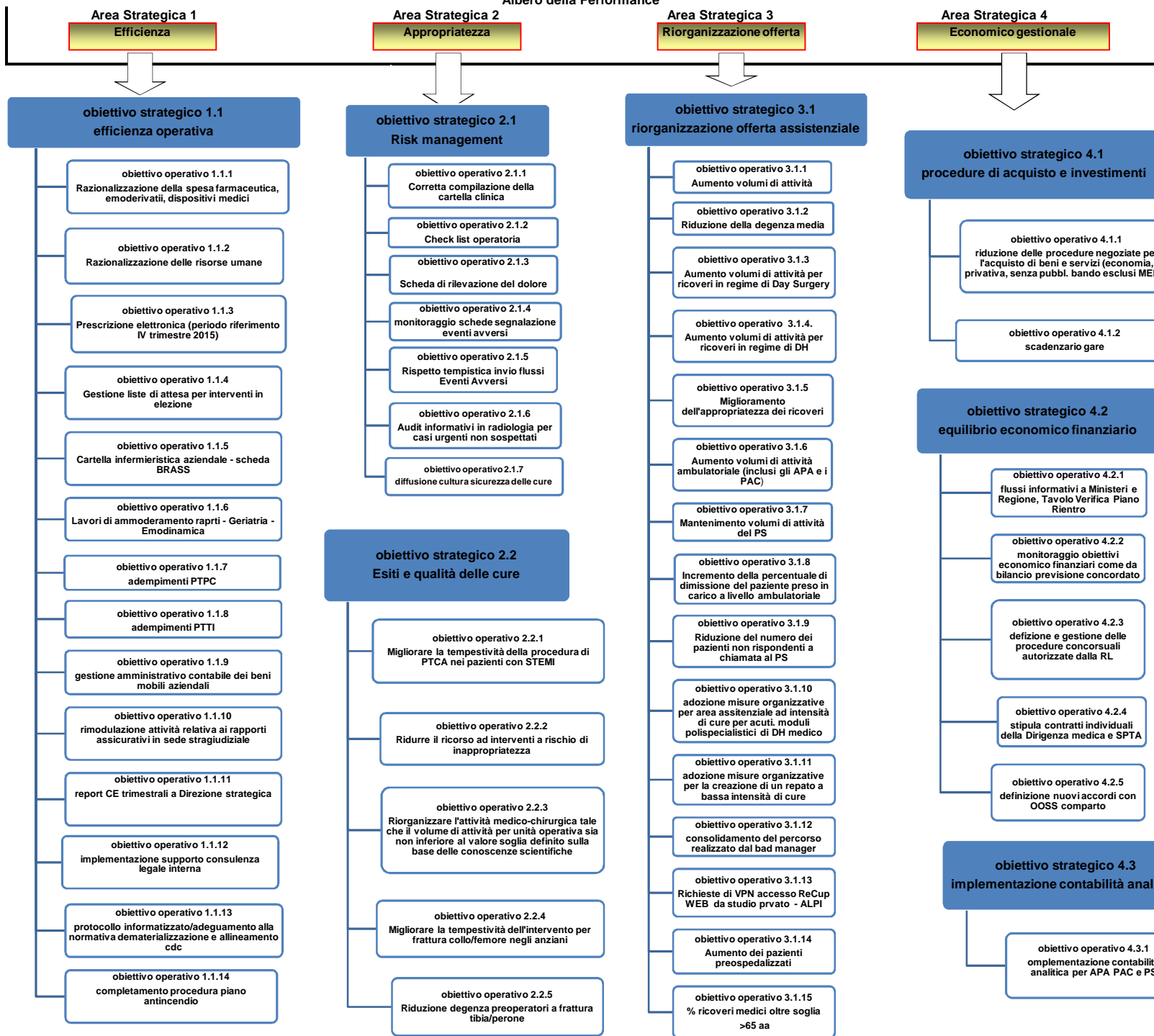
Per il ciclo della performance 2017 ci si prefigge di:

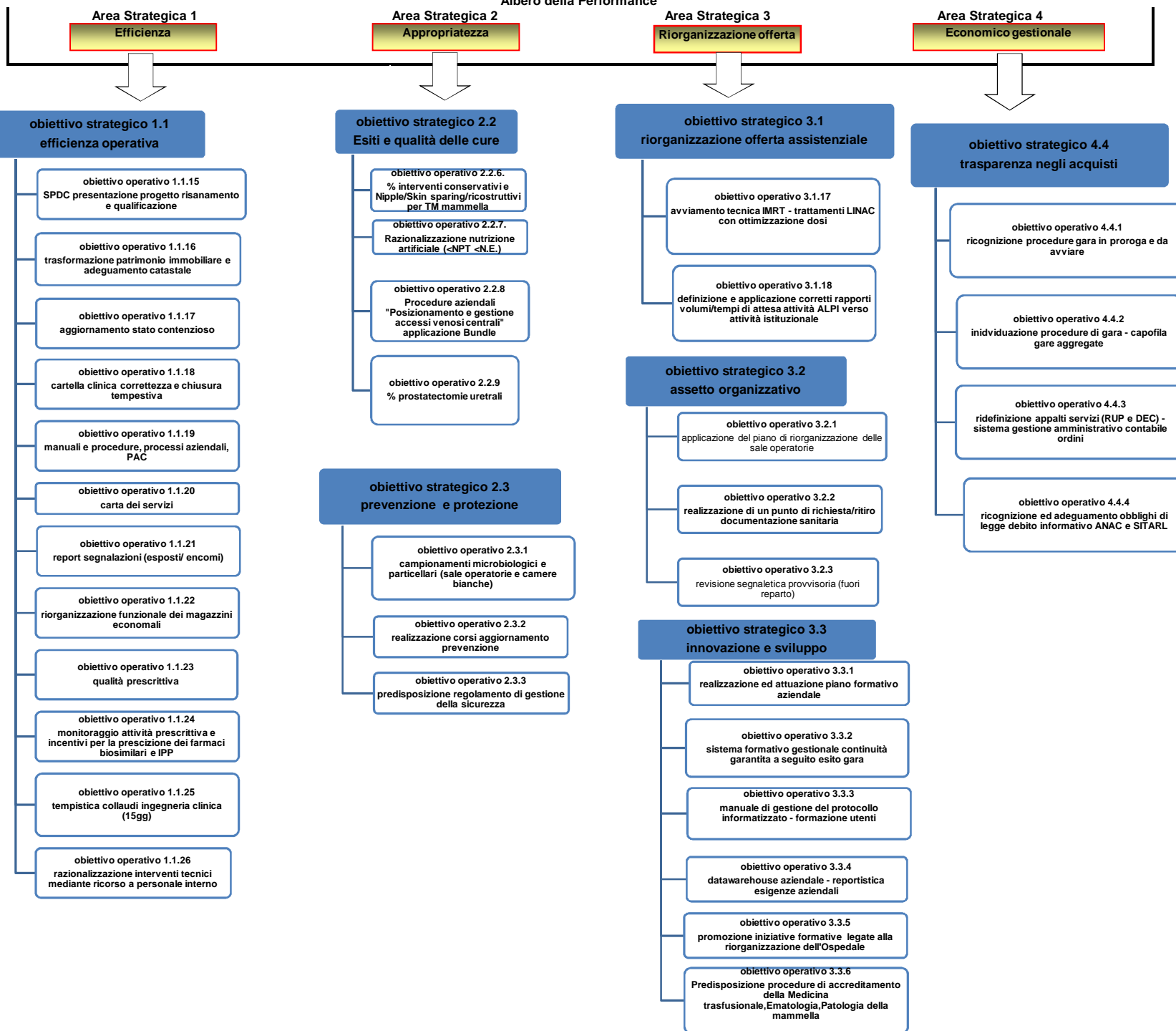
1. chiudere anche la valutazione individuale entro il mese di giugno;
2. migliorare la modalità di reporting della fase di valutazione, rendendo ancor più espliciti e tracciabili i singoli passaggi.

Roma, 19/07/2017

Il Direttore Generale

Ilde Coiro





	obiettivo	punteggio	indicatore	standard	risultato	punti
<b>• obiettivo strategico 1.1 - efficienza operativa</b>						
•obiettivo operativo 1.1.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica, emoderivati, dispositivi medici	0,52	farmaci/ emoderivati $\Sigma$ (CE cons 2015 - CE budget 2016)	≤5	0%	0,00
		0,52	dispositivi medici $\Sigma$ (CE cons 2015 - CE budget 2016)	≤5	0%	
•obiettivo operativo 1.1.2	Razionalizzazione delle risorse umane	1,04	monte ore straordinario	riduzione dal 10 al 20% - azzeramento per dirigenti medici	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.3	Prescrizione elettronica (periodo riferimento IV trimestre 2015)	1,04	rapporto n. prescrizioni elettroniche / n. prescrizioni erogate nel IV trimestre	60%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.4	Gestione liste di attesa per interventi in elezione	1,04	inserimento paziente in lista di ricovero informatizzata	100%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.5	Cartella infermieristica aziendale - scheda BRASS	1,04	utilizzo scheda BRASS per tutte le UU.OO. Afferenti al Dipartimento di medicina	100%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.6	Lavori di ammodernamento reparti - Geriatria - Emodinamica	0,00	lavori di ammodernamento e ristrutturazione	consegna lavori ottobre 2016	obiettivo cassato	0,00
•obiettivo operativo 1.1.7	adempimenti PTPC	1,04	obblighi di cui al PTPC	adempimenti di competenza	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.8	adempimenti PTTI	1,04	obblighi di cui al PTTI	adempimenti di competenza	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.9	gestione amministrativo contabile dei beni mobili aziendali	0,00	inventariazione e contabilizzazione dei beni mobili nella procedura informatica aziendale	avvio delle procedure	obiettivo cassato	0,00
•obiettivo operativo 1.1.10	rimodulazione attività relativa ai rapporti assicurativi in sede stragiudiziale	1,04	passaggio di linea di attività alla UOSD Medicina Legale	relazione dell'avvenuto passaggio di attività di condotto con responsabile UOSD Medicina legale	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.11	report CE trimestrali a Direzione strategica	1,04	report	4	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.12	implementazione supporto consulenza interna	1,04	procedura	100%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.13	protocollo informatizzato adeguamento alla normativa dematerializzazione e allineamento Cdc	1,04	manuale di gestione del protocollo informatizzato	100%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.14	completamento procedura piano antincendio	1,04	Piano antincendio	completato al 100%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.15	SPDC presentazione progetto risanamento e qualificazione	0,35	Avvio della gara	entro maggio 2016	100%	0,35
		0,35	Richiesta finanziamento alla R.L. ex. art. 20 L.67/88	entro giugno 2016	100%	0,35
		0,35	procedure per affidamento lavori	relazione al Direttore Generale	100%	0,35
•obiettivo operativo 1.1.16	trasformazione patrimonio immobiliare e adeguamento catastale	1,04	report	2	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.17	aggiornamento stato contenzioso	1,04	rendicontazione semestrale	2	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.18	cartella clinica correttezza e chiusura tempestiva	0,35	chiusura tempestiva =rapporto n. cartelle a campione / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)	=1	99,10%	0,34
		0,35	Check list operatoria =rapporto n. cartelle a campione / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)		100,00%	0,35
		0,35	Scheda di rilevazione del dolore =rapporto n. cartelle a campione / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)		97,62%	0,34
•obiettivo operativo 1.1.19	manuali e procedure, processi aziendali, PAC	1,04	ciclo attivo	predisposizione manuale	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.20	carta dei servizi	1,04	impegni dell'azienda nei confronti del cittadino utente	SI	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.21	report segnalazioni (esposti/encomi)	1,04	report ai reparti	semestrale	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.22	riorganizzazione funzionale dei magazzini economici	1,04	organigramma del nuovo assetto	relazione al Direttore Amministrativo entro 31/07/2016	SI	1,04
•obiettivo operativo 1.1.23	qualità prescrittiva	1,04	numero file trasmessi entro il 20 del mese successivo a quello di riferimento (report trimestrali)	4/4	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.24	monitoraggio attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci biosimilari e IPP	0,35	$\frac{N. Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}$ relativi a fattori di crescita eritrocitari.	Valore dell'indicatore ≥ 80%	89%	0,31
		0,35	$\frac{N. Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}$ relativi a fattori di crescita granulocitari	Valore dell'indicatore ≥ 80%	100%	0,35
		0,35	$\frac{N. Schede Prescrittive IPP}{N. Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}$	Valore dell'indicatore =100%	100%	0,35
•obiettivo operativo 1.1.25	tempistica collaudi ingegneria clinica (entro 15 gg)	1,04	verbale di collaudo	da 80% a 100%	100%	1,04
•obiettivo operativo 1.1.26	razionalizzazione interventi tecnici mediante ricorso a personale interno	1,04	rapporto tecnico	risoluzione del 20%	100%	1,04
	<b>totale AREA</b>	<b>25</b>			<b>totale performance</b>	<b>24</b>

	obiettivo	punteggio	indicatore	standard	risultato	
<b>•obiettivo strategico 2.1 - Risk management</b>						
•obiettivo operativo 2.1.1	Corretta compilazione della cartella clinica	1,58	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC	report semestrali	SI	1,58
•obiettivo operativo 2.1.2	Check list operatoria	1,58	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC	report semestrali	SI	1,58
•obiettivo operativo 2.1.3	Scheda di rilevazione del dolore	1,58	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC	report semestrali	SI	1,58
•obiettivo operativo 2.1.4	monitoraggio schede segnalazione eventi avversi	1,58	n° delle segnalazioni	report semestrali	SI	1,58
•obiettivo operativo 2.1.5	Rispetto tempistica invio flussi Eventi Avversi	1,58	invio report nei tempi previsti	90%≤ n. ≥100%	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.1.6	Audit informativi in radiologia per casi urgenti non sospettati	1,58	elaborazione programma computerizzato dedicato	SI/NO	SI	1,58
•obiettivo operativo 2.1.7	Diffusione cultura sicurezza delle cure	1,58	corsi di formazione	4	100%	1,58
<b>•obiettivo strategico 2.2 - Esiti e qualità delle cure</b>						
•obiettivo operativo 2.2.1	Migliorare la tempestività della procedura di PTCA nei pazienti con STEMI	1,58	proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 min	≥60%	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.2.2	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatelyzza	0,79	Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO	≤30%	100%	0,79
		0,79	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES	≥70%	100%	0,79
•obiettivo operativo 2.2.3	Riorganizzare l'attività medico-chirurgica tale che il volume di attività per unità operativa sia non inferiore al valore soglia definito sulla base delle conoscenze scientifiche	0,23	Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO	≤3 ≥100	100%	0,23
		0,23	Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO	≥ 400	100%	0,23
		0,23	% parti cesarei primari	<25%	100%	0,23
		0,23	% colecistectomie laparoscopiche in DS e ricovero ordinario 0-1 gg.	30%	0%	0,00
		0,23	n° interventi chirurgici isolati per TM colon	in linea con 2015 (121)	100%	0,23
		0,23	n° interventi chirurgici per TM mammella	in linea con 2015 (350)	100%	0,23
		0,23	Volume dei parti	aumento del 20% rispetto al 2015 (1412)	1316	0
•obiettivo operativo 2.2.4	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	1,58	proporzione di interventi chirurgici per FCF nell'anziano (età 65+) eseguiti entro 2 gg dall'accesso nella struttura di ricovero	≥60%	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.2.5	Riduzione degenza preoperatoria a frattura tibia/perone il numero delle donazioni	1,58	mediana della degenza preoperatoria interventi tibia/perone	≤ 4 gg.	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.2.6	% interventi conservativi e Nipple/Skin sparing/ricostruttivi per TM mammella	1,58	Network delle Regioni	buono 85-95 ottimo > 95	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.2.7	Razionalizzazione nutrizione artificiale (<NPT <N.E.)	1,58	riduzione costi	SI/NO	SI	1,58
•obiettivo operativo 2.2.8	Procedure aziendali "Posizionamento e gestione accessi venosi centrali" applicazione Bundle	1,58	controllo B.S.I.	riduzione rispetto al 2015	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.2.9	% prostatectomie uretrali	1,58	Network delle Regioni	ottimo > 80	100%	1,58
<b>•obiettivo strategico 2.3 - prevenzione e protezione</b>						
•obiettivo operativo 2.3.1	campionamenti microbiologici e particellari (sale operatorie e camere bianche)	1,58	n° campionamenti	microbiologici 50 particellari 50	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.3.2	realizzazione corsi aggiornamento prevenzione	1,58	corsi	1 < corsi ≤6	100%	1,58
•obiettivo operativo 2.3.3	predisposizione regolamento di gestione della sicurezza	1,58	regolamento	SI	SI	1,58
totale AREA		30			totale performance	30

obiettivo	punteggio	indicatore	standard	risultato	punti
<b>obiettivo strategico 3.1 - riorganizzazione offerta assistenziale (Piano strategico aziendale)</b>					
•obiettivo operativo 3.1.1	Aumento volumi di attività	1,20	n. dei casi	+ 5% (2015 n° 22541)	0 0,00
•obiettivo operativo 3.1.2	Riduzione della degenza media	1,20	Degenza media totale per acuti in giorni	Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 (n° 6,57 gg)	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.3	Aumento volumi di attività per ricoveri in regime di Day Surgery	1,20	n. ricoveri	+ 20% (2015 n° 3121)	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.4	Aumento volumi di attività per ricoveri in regime di DH	1,20	n. ricoveri	+ 20% (2015 n° 3490)	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.5	Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri	1,20	riduzione ricoveri inappropriati	-50% (2015 n° 331)	0 0
•obiettivo operativo 3.1.6	Aumento volumi di attività ambulatoriale (inclusi gli APA e i PAC)	1,20	n° delle prestazioni	10% (2015 n° 852945)	0 0
•obiettivo operativo 3.1.7	Mantenimento volumi di attività del PS	1,20	n. accessi in pronto soccorso	mantenimento volumi attività	SI 1,20
•obiettivo operativo 3.1.8	Incremento della percentuale di dimissione del paziente preso in carico a livello ambulatoriale	1,20	indicatore n. dei casi : 1.300	n. dei casi 2016 :2487	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.9	Riduzione del numero dei pazienti non rispondenti a chiamata al PS	1,20	indicatore n. dei casi : 3.905	n. di casi 2016 : 3127	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.10	adozione misure organizzative per area assistenziale ad intensità di cure per acuti. moduli polispecialistici di DH medico	1,20	realizzazione intervento rimodulazione aree mediche e chirurgiche secondo il modello week e long	realizzazione 1 area chirurgica 1 area medica	50% 0,60
•obiettivo operativo 3.1.11	adozione misure organizzative per la creazione di un reparto a bassa intensità di cure	0,00	realizzazione di un reparto a bassa intensità di cure	realizzazione di un reparto a bassa intensità di cure	cassato 0,00
•obiettivo operativo 3.1.12	consolidamento del percorso realizzato dal bad manager	1,20	rapporto n. letti appoggio/ totale posti letto	-50% letti di appoggio	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.13	Richieste di VPN accesso ReCup WEB da studio privato - ALPI	1,20	numero medici	30% sul totale medici	90% 1,08
•obiettivo operativo 3.1.14	Aumento dei pazienti preospedalizzati	1,20	rapporto pazienti preospedalizzati/ tot pazienti elezione	x=1	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.15	% ricoveri medici oltre soglia >65 aa	1,20	network delle Regioni	medio 4-3 buono 3-2	0 0,00
•obiettivo operativo 3.1.16	avviamento tecnica IMRT - trattamenti LINAC con ottimizzazione dosi	1,20	numero pazienti trattati	40	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.1.17	definizione e applicazione corretti rapporti volumi/tempi di attesa attività ALPI verso attività istituzionale	1,20	n° provvedimenti adottati su n° delle UU.OO. Che non hanno rispettato i rapporti (PRGLA)	monitoraggio e correttivi SI/NO	SI 1,20
<b>obiettivo strategico 3.2 - assetto organizzativo</b>					
•obiettivo operativo 3.2.1	applicazione del piano di riorganizzazione delle sale operatorie	1,20	piano aziendale	applicazione	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.2.2	realizzazione di un punto di richiesta/ritiro documentazione sanitaria	1,20	documento programmatico	applicazione quanto previsto sa documento programmatico	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.2.3	revisione segnaletica provvisoria (fuori reparto)	1,20	revisione fuori reparto	≥ 90%	100% 1,20
<b>obiettivo strategico 3.3 - innovazione e sviluppo</b>					
•obiettivo operativo 3.3.1	realizzazione ed attuazione piano formativo aziendale	1,20	corsi di formazione	≥ 50% PFA	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.3.2	sistema formativo gestionale continuità garantita a seguito esito gara	1,20	progetto e cronoprogramma e rendicontazione del risultato del passaggio	100%	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.3.3	manuale di gestione del protocollo informatizzato - formazione utenti	1,20	corsi di formazione	100% per personale formato	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.3.4	datawarehouse aziendale - reportistica esigenze aziendali	1,20	report	100% del'le richieste evase	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.3.5	promozione iniziative formative legate alla riorganizzazione dell'Ospedale	1,20	eventi formativi	2	100% 1,20
•obiettivo operativo 3.3.6	Predisposizione procedure di accreditamento della Medicina trasfusionale,Ematologia,Patologia della mammella	1,20	relazioni trimestrali	SI/NO	SI 1,20
totale AREA		30	totale performance		24

obiettivo	punteggio	indicatore	standard	risultato	punti	
<b>•obiettivo strategico 4.1 - procedure di acquisto e investimenti</b>						
•obiettivo operativo 4.1.1	1,25	rapporto valore spesa procedure negoziate/voce B3 CE (depurato da consulenze rimborsi assicurazioni assegni e contributi)	<10% spesa complessiva beni e servizi	100%	1,25	
•obiettivo operativo 4.1.2	1,25	report	semestrali	100%	1,25	
<b>•obiettivo strategico 4.2 - equilibrio economico finanziario</b>						
•obiettivo operativo 4.2.1	1,25	flussi informativi a Ministeri e Regione, Tavolo Verifica Piano Rientro	invio flussi nei termini previsti	SI	100%	
•obiettivo operativo 4.2.2	1,25	monitoraggio obiettivi economico finanziari come da bilancio previsione concordato	segnalazione scostamento da obiettivi economici	SI	100%	
•obiettivo operativo 4.2.3	1,25	defizione e gestione delle procedure concorsuali autorizzate dalla RL	atti deliberativi	100% delle procedure concorsuali	100%	
•obiettivo operativo 4.2.4	1,25	stipula contratti individuali della Dirigenza medica e SPTA	contratti	100 dei contratti	100%	
•obiettivo operativo 4.2.5	1,25	definizione nuovi accordi con OOSS comparto	nuovo accordo	SI	100%	
<b>•obiettivo strategico 4.3 - implementazione contabilità analitica</b>						
•obiettivo operativo 4.3.1	1,25	Implementazione contabilità analitica per APA PAC e PS	driver di ribaltamento	imputazione quota parte ricavo a UU.OO. Erogatrici (APA e PAC)	cassato	0
			modello LA	distinzione costi e tariffazione attività di PS	100%	1,25
<b>•obiettivo strategico 4.4 - trasparenza negli acquisti</b>						
•obiettivo operativo 4.4.1	1,25	ricognizione procedure gara in proroga e da avviare	report al Direttore Amministrativo	SI/NO	SI	
•obiettivo operativo 4.4.2	1,25	individuazione procedure di gara - capofila gare aggregate	report al Direttore Amministrativo	SI/NO	SI	
•obiettivo operativo 4.4.3	1,25	ridefinizione appalti servizi (RUP e DEC) - sistema gestione amministrativo contabile ordini	Procedura proposta al Direttore Amministrativo	SI/NO	SI	
•obiettivo operativo 4.4.4	1,25	ricognizione ed adeguamento obblighi di legge debito informativo ANAC e SITARL	Relazione al Direttore Amministrativo	SI/NO	SI	
totale AREA		15		totale performance 10		

allegato 3

documento	data approvazione	data pubblicazione	data ultimo aggiornamento	link
Sistema di misurazione e valutazione della performance	11/01/2016	20/05/2016	18/05/2016	<a href="http://www.hsangiovanni.roma.it/44-atti-amministrativi-general-1.html">http://www.hsangiovanni.roma.it/44-atti-amministrativi-general-1.html</a>
Piano della performance	28/10/2015	25/11/2015	28/10/2015	<a href="http://www.hsangiovanni.roma.it/67-piano-della-performance-1.html">http://www.hsangiovanni.roma.it/67-piano-della-performance-1.html</a>
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	29/01/2016	01/02/2016	29/01/2016	<a href="http://www.hsangiovanni.roma.it/109-corruzione-1.html">http://www.hsangiovanni.roma.it/109-corruzione-1.html</a>
Standard di qualità dei servizi	13/05/2013	13/05/2013	14/04/2016	<a href="http://www.hsangiovanni.roma.it/6-urp-1.html">http://www.hsangiovanni.roma.it/6-urp-1.html</a>
protocollo n. 14528/DG	18/05/2016			agli atti azienda



## ALLEGATO 4 ALLA DELIBERA 5/2012:

Tabella 4.1 Categorie di personale oggetto della valutazione individuale

	personale valutato (valore assoluto)	periodo conclusione valutazioni		Quota di personale con comunicazione della valutazione tramite colloquio con valutatore (indicare con "X" una delle tre opzioni)		
		mese e anno (mm/aaaa)	valutazione ancora in corso (SI/NO)	50% - 100%	1% -49%	0%
Dirigenti medici	445	14/07/2017	NO	0	0	X
Dirigenti SPTA	34	14/07/2017	NO	0	0	X
Non dirigenti	1621	14/07/2017	NO	0	0	X

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

Tabella 4.2 Peso (%) dei criteri di valutazione

	contributo alla performance complessiva dell'amm.ne	obiettivi organizzativi della struttura di diretta responsabilità	capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori	obiettivi individuali	obiettivi di gruppo	contributo alla performance dell'unità organizzazione di appartenenza	competenze/ comportamenti professionali e organizzativi posti in essere
Dirigenti medici	35%	35%	10%	15%			5%
Dirigenti SPTA	40%	35%	10%	10%			5%
Non dirigenti				25%	40%	15%	20%

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

*Tabella 4.3 Distribuzione del personale per classi di punteggio finale*

	personale per classe di punteggio (valore assoluto)		
	100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%
Dirigenti medici	291	148	6
Dirigenti SPTA	22	12	
Non dirigenti	1564	55	2

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

*Tabella 4.4 Collegamento alla performance individuale dei criteri di distribuzione della*

	Si (indicare con "X")	No (indicare con "X")	(se si) indicare i criteri	(se no) motivazioni	data di sottoscrizione (gg/mm/aaaa)
Dirigenti e assimilabili	X		criteri di valorizzazione degli apporti individuali misurabili in modo oggettivo legati agli obiettivi di equipe con opportuno grado di omogeneità nel contesto aziendale		verbali di condivisione con le parti sindacali in data 01.12.2015-10.12.2015 e successiva delibera di approvazione 02/DG del 11/01/2016
Non dirigenti	X		criteri di valorizzazione degli apporti individuali misurabili in modo oggettivo legati agli obiettivi di equipe con opportuno grado di omogeneità nel contesto aziendale		verbale di condivisione con le parti sindacali in data 10.12.2015 e successiva delibera di approvazione 01/DG del 11/01/2016

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

### *Tabella 4.5 Obblighi dirigenziali*

I sistemi di misurazione e valutazione sono stati aggiornati, con il richiamo alle previsioni legislative degli obblighi dirigenziali contenute anche nei recenti provvedimenti legislativi e, in primo luogo, nella legge per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione?

Si (indicare con "X")	No (indicare con "X")
x	

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

DELIBERAZIONE

N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

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

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data: \_\_\_\_\_

- data di esecutività: \_\_\_\_\_

Deliberazione originale  
Composta di n. \_\_\_\_\_ fogli  
Esecutiva il,  
Il Dirigente della U.O.S.D.  
Affari Generali  
  
(Dr.ssa Maria Rita Corsetti)