

# **Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata**

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE  
ANNO 2015**

**Luglio 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.

## INDICE

1.	IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO	PAG. 5
2.	L'AMMINISTRAZIONE	PAG. 5
3.	OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	PAG. 13
	3.1 Albero della performance	PAG. 13
	3.2 Obiettivi strategici	PAG. 14
	3.3 Obiettivi operativi	PAG. 14
	3.4 Obiettivi individuali	PAG. 17
	3.5 I risultati raggiunti	PAG. 18
4.	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	PAG. 27
5.	PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE	PAG. 28
6.	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	PAG. 33

ALLEGATO A documenti ciclo

ALLEGATO B albero della performance 2015

## **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).

### **1. 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 successivamente modificato con deliberazioni n. 762/DG dell'11/09/2015, n. 953/DG del 16/11/2015, 65/DG del 04/02/2016, n. 66/DG del 04/02/2016.

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 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
<b>P.O. Addolorata</b>	Via di Santo Stefano Rotondo n. 5/a -	attività clinica ed attività riabilitativa e/o post-acuzie, in regime di ricovero ordinario e diurno e attività di specialistica ambulatoriale

	00184 Roma	
<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 attivi sono pari a n 691 suddivisi in n 603 posti letto di ricovero ordinario e n 88 posti letto di ricovero di day hospital e sono così articolati (fonte dati: SIS)

#### **PRESIDIO S.GIOVANNI**

<b>Progressivo di reparto</b>	<b>Descrizione</b>	<b>PL ordinari</b>	<b>PL day hospital</b>
0801	Cardiologia I	16	0
0803	Cardiologia II	8	0
0804	Cardiologia III	10	1
0901	Chirurgia I	26	2
0902	Chirurgia II	28	2
0905	Patologia della mammella	4	1
0907	Terapia antalgica	0	5
0909	Colonproctologia	3	1
1001	Chirurgia maxillo facciale	8	1
1401	Chirurgia vascolare	12	2
1801	Ematologia	15	6
1902	Scienza dell'alimentazione	0	1
2601	Medicina I per l'urgenza	28	0
2602	Medicina II	30	0
2603	Medicina III	30	3
2696	Terapia subintensiva B	12	0
2901	Nefrologia	0	0
3001	Neurochirurgia	27	0
3201	Neurologia	22	0
3202	UTN	0	0
3602	Ortopedia	40	6
3603	Medicina sportiva	10	0
3701	Ginecologia I	18	1
3702	Ostetricia	24	6
3703	Ginecologia e ostetricia II	6	0
3801	Otorinolaringoiatria	18	2
4304	Urologia II	20	4
4901	Terapia intensiva A	6	0
4902	Terapia intensiva B	6	0
4903	Terapia intensiva post chirurgica	8	0
4993	Terapia subintensiva A	12	0
5001	Unità Terapia Intensiva Coronarica	10	0
5601	Medicina fisica e riabilitazione	15	3
5602	Riabilitazione cardiologica	5	0
6201	Patologia neonatale	6	0
6292	Terapia subintensiva neonatale	2	0
6801	Malattie apparato respiratorio	18	2
7301	Terapia intensiva neonatale	2	0
<b>TOTALE</b>		<b>505</b>	<b>49</b>
3101	Nido	25	0

**PRESIDIO S. MARIA**

Progressivo di reparto	Descrizione	PL ordinari	PL day hospital
0501	Angiologia	0	8
1901	Diabetologia	0	4
2001	Immunologia	0	2
<b>TOTALE</b>		<b>0</b>	<b>14</b>

**PRESIDIO ADDOLORATA**

Progressivo di reparto	Descrizione	PL ordinari	PL day hospital
2101	Geriatrics	0	2
4001	SPDC	16	0
6401	Oncologia	9	12
2605	Medicina IV	40	1
<b>TOTALE</b>		<b>65</b>	<b>15</b>

**PRESIDIO BRITANNICO**

Progressivo di reparto	Descrizione	PL ordinari	PL day hospital
		accreditati	accreditati
3401	Oculistica I	6	8
3404	IRCCS G.B. Fondazione Bietti	2	2
<b>TOTALE</b>		<b>8</b>	<b>10</b>

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.

TAB. 1 RISORSE FINANZIARIE ANNO 2015 (valori in 000 di euro)

	Anno 2014	Anno 2015	Variazione %
valore della produzione	166.877	176.762	5,9
Altri proventi (interessi attivi, proventi straordinari)	1.379	4.038	192,8
costi della produzione	236.438	257.867	9,1
Altri costi (interessi passivi, oneri straordinari)	14.300	13.845	-3,2
imposte	9.111	7.941	-12,8
risultato economico	-91.593	-98.853	7,9
indice di copertura del valore della produzione rispetto ai costi complessivi di gestione %	64	63	

Il bilancio consuntivo 2015 registra una perdita di esercizio in aumento rispetto all'anno 2014 del 8%, che riassume in parte il decremento registrato nel 2014 pari al 10%,.



Il riassorbimento del decremento è in parte legato all'aumento dei costi della voce beni e servizi (beni sanitari +13% e servizi sanitari +10%, beni non sanitari +2% e servizi non sanitari +12%).

L'aumento della produzione (+5,9% in valore rispetto all'anno precedente) ha consentito di mantenere sostanzialmente invariato l'indice di copertura dei costi aziendali.

## Risorse umane

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2015, a fronte di una dotazione organica complessiva (approvata dalla Giunta regionale con delibera n. 4837 del 29/07/1977) di 3.520 unità, è di 2.147 unità (incluso il tempo determinato), a cui vanno aggiunte n. 80 postazioni di servizio di ausiliario affidato a terzi, così ripartite :

TAB. 2 COMPOSIZIONE PERSONALE 2014 - 2015

Tipologia personale	2014	2015	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici	497	497	0	0,00
Dirigenti ruolo sanitario non medico	19	20	1	5,26
Comparto ruolo sanitario	1328	1317	-11	-0,83
Dirigenti altri ruoli	11	12	1	9,09
Comparto altri ruoli	310	301	-9	-2,90
<b>TOTALE</b>	<b>2165</b>	<b>2147</b>	<b>-18</b>	<b>-0,83</b>

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

TAB. 3 COMPOSIZIONE PERSONALE VARIAZIONE ANNO 2015

Tipologia personale	01/01/2015	31/12/2015	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici	503	497	-6	-1,19
Dirigenti ruolo sanitario non medico	19	20	1	5,26
Comparto ruolo sanitario	1331	1317	-14	-1,05
Dirigenti altri ruoli	11	12	1	9,09
Comparto altri ruoli	313	301	-12	-3,83
<b>TOTALE</b>	<b>2177</b>	<b>2147</b>	<b>-30</b>	<b>-1,38</b>

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

TAB. 4 DATI PERSONALE ANNO 2015

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	50
Età media dei dirigenti (anni)	53,35
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	-4,79
Ore di formazione (media per dipendente)	7,084
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	-44,58%
Costi di formazione	97.328,21
Tasso di assenze	22%
Tasso di richieste di mobilità	7,50%
Tasso di infortuni	11,64%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto	2721
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti	6721
% di personale assunto a tempo indeterminato	0,42%
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	

### Attività sanitaria

Dati riferiti all'anno 2015, 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. 5 OSPEDALE IN CIFRE

<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	Assistenza ospedaliera per acuti : in day hospital e day surgery	n. ricoveri effettuati in regime di day hospital	<b>3.489</b>
		n. accessi effettuati in regime di day hospital	<b>21.886</b>
		n. ricoveri effettuati in regime di day surgery	<b>3.102</b>
		n. accessi effettuati in regime di day surgery	<b>6.490</b>
	Assistenza ospedaliera per acuti : in degenza ordinaria	n. ricoveri effettuati in regime ordinario	<b>22.541</b>
		n. giorni di degenza ordinaria	<b>178.920</b>
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	n. giorni di degenza per lungodegenti	<b>0</b>
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	n. giorni di degenza per riabilitazione	<b>1.560 dh + 5.026 ord</b>
Attività di pronto soccorso	n. accessi al prontosoccorso	<b>59.752</b>	

<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>	attività di laboratorio	<b>503.641</b>
	attività di diagnostica strumentale e per immagini	<b>46.479</b>
	attività clinica	<b>302.825</b>

GRAFICO 1 ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO E DH ANNO 2015 (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

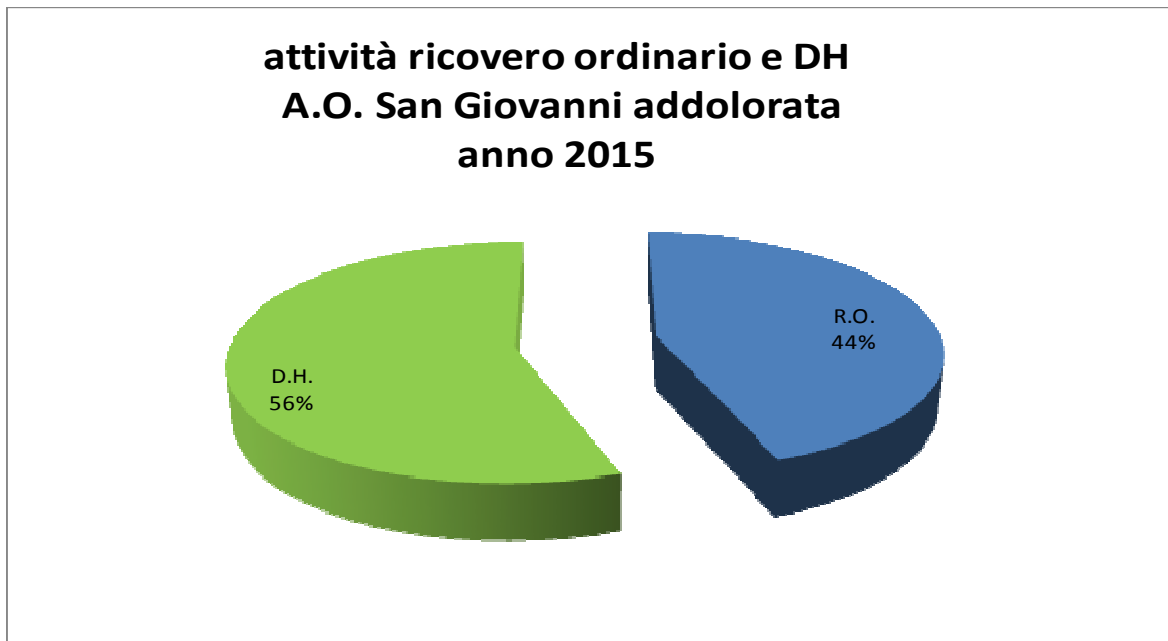


GRAFICO 2 ATTIVITA' RICOVERO ORDINARIO ANNO 2015 – DETTAGLIO (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

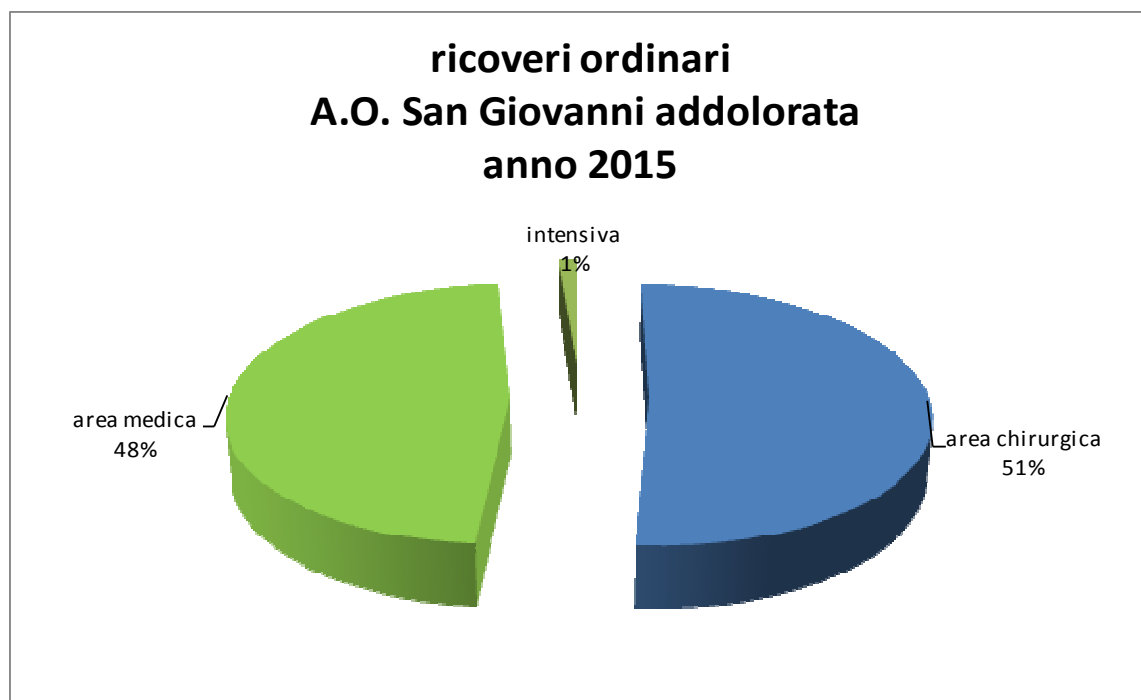


GRAFICO 3 ATTIVITA' DH ANNO 2015 - DETTAGLIO (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)

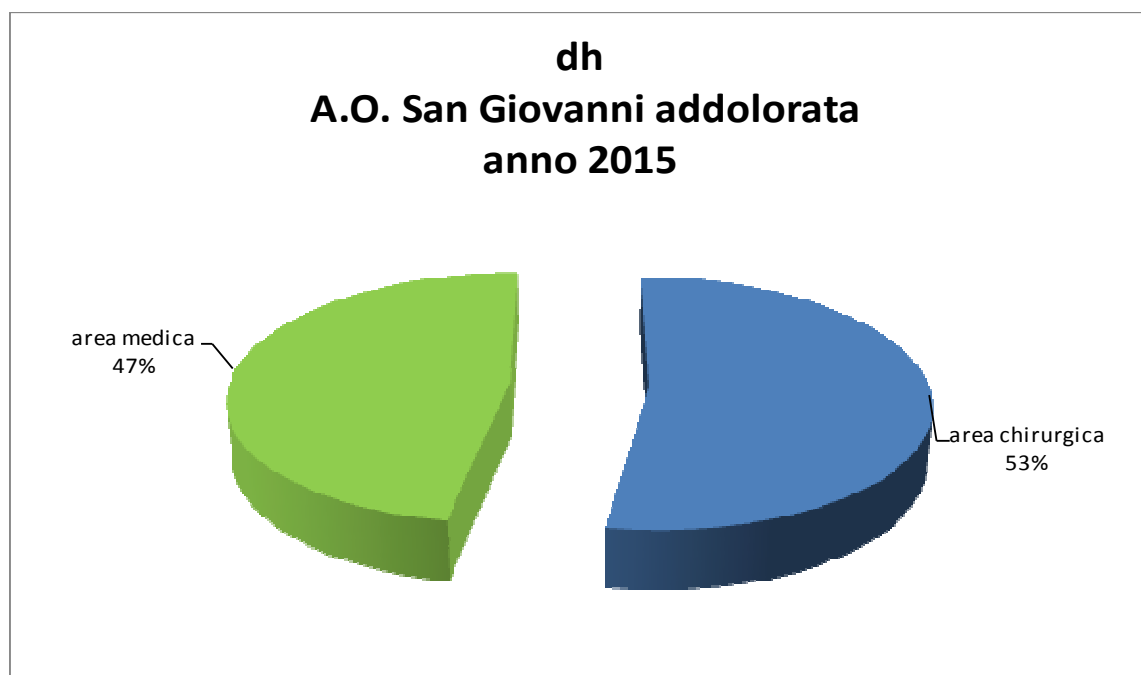
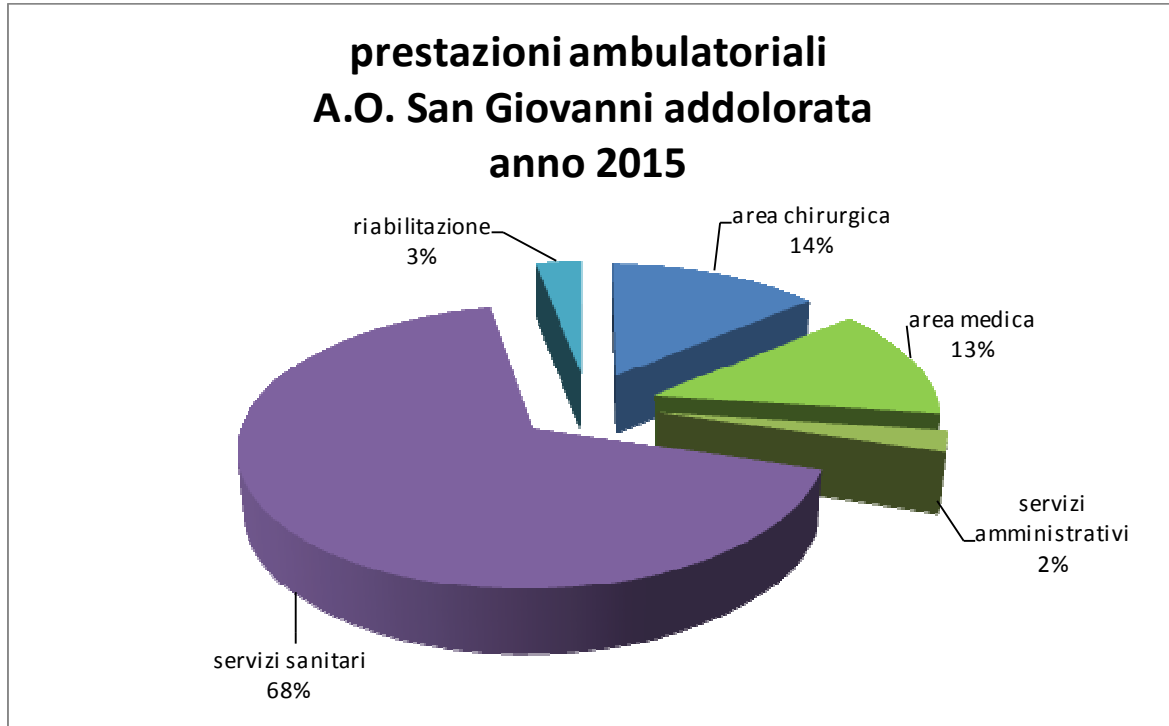


GRAFICO 4 PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2015 – DETTAGLIO (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



## 2. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

### 3.1 Albero della performance (allegato B)

Gli obiettivi per l'anno 2015 sono coerenti con quelli individuati dall'Azienda nel Piano della performance 2015 - 2017, nonché con gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale con DCA n. U000248 del 12/06/2015 e con il 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)

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>

nell'ambito delle quali sono stati individuati obiettivi strategici pertinenti e rilevanti rispetto alla missione istituzionale.

### **3.2 Obiettivi strategici**

Gli obiettivi strategici aziendali per l'anno 2015 sono stati pertanto i seguenti :

#### AREA EFFICIENZA

- obiettivo strategico 1.1 - efficienza operativa

#### AREA APPROPRIATEZZA

- obiettivo strategico 2.1 - Risk management
- obiettivo strategico 2.2 - Esiti e qualità delle cure
- obiettivo strategico 2.3 - prevenzione e protezione

#### AREA RIORGANIZZAZIONE

- obiettivo strategico 3.1 - riorganizzazione offerta assistenziale (Piano strategico aziendale)
- obiettivo strategico 3.2 - assetto organizzativo
- obiettivo strategico 3.3 - innovazione e sviluppo

#### AREA ECONOMICO GESTIONALE

- obiettivo strategico 4.1 - procedure di acquisto e investimenti
- obiettivo strategico 4.2 - equilibrio economico finanziario
- obiettivo strategico 4.3 - implementazione contabilità analitica
- obiettivo strategico 4.4 - trasparenza negli acquisti

### **3.3 Obiettivi operativi**

Gli obiettivi strategici sono stati declinati in obiettivi operativi assegnati ai singoli Centri di responsabilità/titolari di budget, nei limiti del bilancio preventivo 2015 e delle indicazioni regionali, così come individuati con le delibere di avvio del ciclo della Performance 2015 (n. 819/DG del 28/11/2014) e di assegnazione degli obiettivi (n. 867/DG del 19/10/2015 e n. 967/DG del 20 novembre 2015) secondo il processo delineato

nel Regolamento del Ciclo di Gestione della Performance 2015 adottato con deliberazione delibera n. 796/DG del 17/11/2014 che prevede l'identificazione nel Dipartimento quale Centro di Responsabilità di primo livello, che negozia il budget del Dipartimento con il Comitato di Budget, e, successivamente, negozia ed approva il budget con le Unità operative complesse e semplici dipartimentali, identificate quali Centri di Responsabilità di secondo livello, che li compongono.

L'assegnazione degli obiettivi operativi è stata condizionata dall'adozione ed implementazione del nuovo Atto Aziendale (approvato dalla Regione con DCA 112 del 19 marzo 2015).

Pertanto è stato possibile rispettare i passaggi logici del ciclo della performance, mentre di fatto l'assetto definitivo degli obiettivi assegnati si è raggiunto nel corso dell'anno.

Il Comitato di Budget, a seguito dell'avvio nel novembre 2014 del ciclo della performance, ha provveduto a predisporre le schede di budget che sono state consegnate ai Direttori di Dipartimento nel mese di febbraio 2015, mentre per l'Area Professionale tecnica e amministrativa, poiché le strutture sono state individuate nell'aprile 2015 (deliberazione n 266/DG), il processo è stato posticipato.

La fase di individuazione delle strutture e di conferimento degli incarichi si è protratta fino al mese di settembre 2015.

Nel mese di giugno la regione Lazio ha individuato gli obiettivi assegnati alla Azienda per l'anno 2015 (DCA n. U000 248 del 12/06/2015), documento che ha richiesto una rimodulazione degli obiettivi già assegnati.

Conseguentemente la fase di assegnazione degli obiettivi si è pertanto conclusa nel mese di novembre 2015 con la sottoscrizione da parte dei responsabili di C.d.R./Titolari di budget, di schede di budget (in numero di 67) appositamente predisposte recanti gli obiettivi assegnati con indicatori e target (delibera n. n. 867/DG del 19/10/2015 e n. 967/DG del 20/11/2015).

Quanto agli obiettivi assegnati il Comitato di budget, ha effettuato le seguenti attività:

obiettivo strategico	obiettivo operativo	azione	motivazione
1.1 - efficienza operativa	1.1.8 nuovo regolamento per l'acquisizione beni infungibili	cassato	
	1.1.18 valorizzazione e conservazione patrimonio storico azienda	cassato	
	1.1.22 recupero somme prestazioni non disdettate da paziente entro h24	cassato	
	1.1.23 recupero somme relative ai referti non ritirati entro gg 30 esecuzione esame	cassato	
2.2. Esiti e qualità delle cure	2.2.5 incremento numero donazioni di sangue per il raggiungimento dell'autosufficienza regionale attraverso la definizione dei Piani Operativi, anche in collaborazione con le Associazioni di Volontariato, finalizzati ad incrementare il numero delle donazioni	cassato	L'obiettivo non può essere accettato perché non di competenza dell'Azienda e quindi della UOC Medicina Trasfusionale, in quanto la normativa vigente stabilisce che la raccolta delle donazioni è attività preposta alle associazioni di donatori
4.3 implementazione contabilità analitica	sterilizzazione - imputazione costi per unità operativa	cassato	

Il Comitato di Budget ha concluso l'attività di consuntivazione delle schede di budget 2015 a giugno 2016 i risultati sono stati successivamente trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione per le attività conseguenti previste dal Ciclo della Performance.

La valutazione infrannuale degli obiettivi è stata effettuata in concomitanza con il monitoraggio e la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi allegati al contratto del Direttore Generale, trascorsi 18 mesi dalla nomina dello stesso (agosto 2015), e degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per l'anno 2015 (primi 9 mesi e al 31/12/2015). I risultati di detti monitoraggi sono stati presentati ai direttori di dipartimento in occasione delle riunioni del Collegio di Direzione (19/10/2015 e 09/11/2015).

#### Trasparenza e Integrità e prevenzione della corruzione

L'OIV ha provveduto in corso d'anno all'effettuazione dei controlli previsti con riferimento agli obblighi di pubblicazione, così come previsti dalla normativa vigente e dal Programma per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 approvato con delibera n. 50/DG del 30/01/2015, ad eccezione della verifica al 30/09/2016 coincisa con la fase di migrazione nel nuovo sito aziendale dei dati di Amministrazione Trasparente, i cui risultati sono pubblicati nell'apposita sottosezione dell'Area Amministrazione Trasparente sul sito aziendale.

Per quanto attiene la Prevenzione della corruzione nel corso del 2015 l'Azienda ha provveduto, con deliberazione n. 234/DG del 31/03/2015, ad approvare la 'Mappatura o Registro delle aree aziendali esposte al potenziale rischio di corruzione', in attuazione del



Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015/2017 adottato con deliberazione n.47/DG del 30/01/15. Si è provveduto alla stesura della relazione sui risultati dell'attività svolta nell'anno 2015 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 all'O.I.V. 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.

In tema di standard di qualità 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 eventuali 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.

### **3.4 Obiettivi individuali**

Per quanto attiene gli obiettivi individuali, coerentemente con quanto previsto dal Sistema di misurazione della performance aziendale vigente, ciascun Direttore/Responsabile di UO individuata come CDR/Titolare di budget 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.

TAB. 6 ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI

<b>tipologia</b>	<b>personale in servizio al 01/01/2015</b>	<b>personale a cui sono stati assegnati obiettivi</b>
dirigenti medici	503	503
dirigenti AREA SPTA	30	30
comparto	1644	1644
<b>totale</b>	<b>2177</b>	<b>2177</b>

Fonte dati : UOC politiche del personale e gestione risorse umane

Non sono disponibili dati sull'eventuale erogazione al personale dipendente di anticipi sul premio della performance.

### 3.5 I risultati raggiunti

TAB. 7 PESO % DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

	contributo alla <i>performance</i> 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 <i>performance</i> dell'unità organizzazione di appartenenza	competenze/ comportamenti professionali e organizzativi posti in essere
Dirigenti medici	40%	30%	10%	10%			10%
Dirigenti SPTA	40%	20%	15%	10%			15%
Non dirigenti				20%	40%	20%	20%

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

### Performance strategica

Il risultato raggiunto a livello aziendale rispetto agli obiettivi strategici assegnati si attesta su un punteggio complessivo di 90/100 come riportato qui di seguito nel dettaglio nelle tabelle 8, 9, 10 e 11 per aree.

TAB. 8 AREA EFFICIENZA

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	0,89	farmaci/emoderivati [(CE cons 2015 - CE budget 2015)]	≤0	100%	0,89
			dispositivi medici [(CE cons 2015 - CE IV trimestre 2014)]	≤0	100%	
•obiettivo operativo 1.1.2	Razionalizzazione delle risorse umane	0,89	monte ore straordinario	≤5	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.3	Prescrizione elettronica (periodo riferimento IV trimestre 2015)	0,00	rapporto n. prescrizioni elettroniche / n. prescrizioni erogate nel IV trimestre		non valutabile da A.O. il numero di prestazioni erogate ovunque con prescrizione redatta dagli specialisti dell'Azienda	
•obiettivo operativo 1.1.4	Riduzione tempi per esecuzione/refertazione esami	0,89	intervallo temporale fra richiesta esame ed esecuzione (per interni esclusa senologia per immagini)	radiodiagnostica 48 h ; lab. analisi 24 h; anatomia patologica 4/5 gg lav.; senologia per immagini 5 gg lav.	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.5	iniziative volte al controllo delle infezioni ospedaliere	0,89	implementazione precauzioni standard trasmissioni based infection controls bundles	monitoraggio per la valutazione dell'efficacia ed aderenza alle misure adottate	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.6	linee guida aziendali condivise per il trasporto pazienti con CNR	0,89	protocollo linee guida	linee guida approvate DS	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.7	predisposizione di PDT e linee operative per patologie neoplastiche	0,89	PDT e linee operative	4 PDT e linee operative	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.8	nuovo regolamento per l'acquisizione beni infungibili	0,00	regolamento	regolamento	obiettivo cassato	
•obiettivo operativo 1.1.9	Centrale acquisti rispetto previsioni Piano biennale acquisti	0,89	report semestrale stato avanzamento Piano biennale acquisti	2 report	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.10	adempimenti PTPC	0,89	obblighi di cui al PTPC	adempimenti di competenza	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.11	adempimenti PTTI	0,89	obblighi di cui al PTTI	adempimenti di competenza	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.12	gestione amministrativo contabile dei beni mobili aziendali	0,89	inventarizzazione e contabilizzazione dei beni mobili nella procedura informatica aziendale	avvio delle procedure	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.13	progetto sulla fiscalità passiva / risparmi e recuperi imposta	0,89	dichiarazioni fiscali	progetto fiscalità	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.14	report CE trimestrali a Direzione strategica	0,89	report	4	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.15	realizzazione impianto fotovoltaico addolorata	0,89	progetto	realizzazione del progetto entro i termini previsti	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.16	realizzazione progetto Giubileo	0,89	progetto finanziato	realizzazione del progetto entro i termini previsti	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.17	verifica sistemica utilizzo Order Entry	0,89	report prestazioni/consulenze	report semestrali	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.18	valorizzazione e conservazione patrimonio storico azienda	0,00	uso delle sale storiche	implementazione e incremento (% di utilizzo) dell'utilizzo	obiettivo cassato	
•obiettivo operativo 1.1.19	razionalizzazione gestione immobile sede legale	0,89	contratto locazione Lazio Innova	regolamento sulla gestione condivisa immobile	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.20	attività attribuzione incarichi extra istituzionali compatibili con il rapporto di lavoro nella PA	0,89	report analitici delle criticità riscontrate	report semestrali	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.21	contenimento delle spese legali	0,89	costo spese legali - parcelle ex DM 55/2014	-50% parcelle	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.22	recupero somme prestazioni non disdette da paziente entro h24	0,00	procedura realizzata nel 2014	recupero ≥ 10% delle posizioni creditorie (anche attraverso Equitalia)	obiettivo cassato	
•obiettivo operativo 1.1.23	recupero somme relative ai referti non ritirati entro gg 30 esecuzione esame	0,00	procedura realizzata nel 2014	recupero ≥ 10% delle posizioni creditorie (anche attraverso Equitalia)	obiettivo cassato	
•obiettivo operativo 1.1.24	aggiornamento stato contenzioso	0,89	rendicontazione	semestrale	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.25	cartella clinica correttezza e chiusura tempestiva	0,89	chiusura tempestiva =rapporto n. cartelle a campione / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)	=1	92,85%	0,28
			Check list operatoria =rapporto n. cartelle a campione / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)		66,84%	
			Scheda di rilevazione del dolore =rapporto n. cartelle a campione / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)		64,50%	
•obiettivo operativo 1.1.26	gestione delle liste di attesa per ricoveri chirurgici di elezione	0,89	rapporto tra preospedalizzazione/attività chirurgica di elezione	definizione di un piano di coordinamento fra servizio preospedalizzazione e unità operative implementazione procedure trasparenza liste di ricovero in elezione secondo criterio di gravità	100% 100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.27	manuali e procedure, processi aziendali, PAC	0,89	linee guida regionali emanate 1	predisposizione manuale procedure	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.28	carta dei servizi	0,89	impegni dell'azienda nei confronti del cittadino utente	SI	SI	0,89
•obiettivo operativo 1.1.29	nuovo sito web aziendale	0,89	presenza informazioni su reparti, come fare per, servizi, URP e carta dei servizi	SI	SI	0,89
•obiettivo operativo 1.1.30	report segnalazioni (esposti/ encomi)	0,89	report ai reparti	semestrale	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.31	qualità prescrittiva	0,89	numero file trasmessi entro il 20 del mese successivo a quello di riferimento (report trimestrali)	4/4	100%	0,89
•obiettivo operativo 1.1.32	monitoraggio attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci biosimilari e IPP	0,89	$\frac{N. Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}$ relativi a fattori di crescita eritrocitari.	Valore dell'indicatore ≥ 80%	100%	0,89
			$\frac{N. Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}$ relativi a fattori di crescita granulocitari	Valore dell'indicatore ≥ 80%	100%	
			$\frac{N. Schede Prescrittive IPP}{N. Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}$	Valore dell'indicatore =100%	100%	
•obiettivo operativo 1.1.33	Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014)	0,89	Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L/PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE)	Partecipazione ad incontri presso la R.L per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015.	100%	0,89
totale AREA		25			totale performance	25

TAB. 9 AREA APPROPRIATEZZA

obiettivo		punteggio	indicatore	standard	risultato	
<b>•obiettivo strategico 2.1 - Risk management</b>						
•obiettivo operativo 2.1.1	Corretta compilazione della cartella clinica	1,76	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione 30 s cartelle ≤40/UOC	report semestrali	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.1.2	Check list operatoria	1,76	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione 30 s cartelle ≤40/UOC	report semestrali	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.1.3	Scheda di rilevazione del dolore	1,76	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione 30 s cartelle ≤40/UOC	report semestrali	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.1.4	monitoraggio schede segnalazione eventi avversi	1,76	invio report nei tempi previsti	90% ≤ n. ≥100%	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.1.5	Audit rischio clinico	1,76	Numeri di audit effettuati	Almeno 6 audit nel II semestre 2015	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.1.6	adeguamento consenso informato	1,76	nuovo modulo	presentazione nuovo modulo a DS	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.1.7	percorso aziendale implementazione raccomandazioni /MINSALUTE	1,76	raccomandazioni	1 < percorsi ≤2	100%	1,76
<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	1,76	proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 min	≥50%	0	0
•obiettivo operativo 2.2.2	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriately	1,76	Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	≤35%	80%	0,71
			Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015	≥70%	95%	0,84
•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	1,76	Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa	100%	1,76
			Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	≤3 o ≥250	100%	
•obiettivo operativo 2.2.4	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	1,76	proporzione di interventi chirurgici per FCF nell'anziano (età 65+) eseguiti entro 2 gg dall'accesso nella struttura di ricovero	≥55%	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.2.5	Incremento numero donazioni di sangue per il raggiungimento dell'autosufficienza regionale attraverso la definizione dei Piani Operativi, anche in collaborazione con le Associazioni di Volontariato, finalizzati ad incrementare il numero delle donazioni	0	incremento donazioni	5%	obiettivo cassato	
•obiettivo operativo 2.2.6	Piano di adeguamento dei centri trasfusionali ai requisiti minimi previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010	1,76	Piano di adeguamento dei centri trasfusionali ai requisiti minimi previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010	presentazione del piano	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.2.7	Ridurre la durata della degenza pre-operatoria	1,76	Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015	≤4 giorni	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.2.8	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	1,76	Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio	Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015	67%	1,76
<b>•obiettivo strategico 2.3 - prevenzione e protezione</b>						
•obiettivo operativo 2.3.1	riduzione infortuni a rischio biologico	1,76	n. infortuni (infortuni 2014 : 25)	0,3 % ≤ n. infortuni ≥ 1 %	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.3.2	realizzazione corsi aggiornamento prevenzione	1,76	corsi	1 < corsi ≤2	100%	1,76
•obiettivo operativo 2.3.3	predisposizione regolamento di gestione della sicurezza	1,76	regolamento	SI	100%	1,76
totale AREA		30			totale performance	28

TAB. 10 AREA RIORGANIZZAZIONE

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	1,11	n. dei casi	+ 5%	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.2	Riduzione della degenza media	1,11	Degenza media totale per acuti in giorni	Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015	0	0	
•obiettivo operativo 3.1.3	Aumento volumi di attività per ricoveri in regime di Day Surgery	1,11	n. ricoveri	+ 20%	64,75%	0,72	
•obiettivo operativo 3.1.4	Aumento volumi di attività per ricoveri in regime di DH	1,11	n. ricoveri	+ 20%	64,75%	0,72	
•obiettivo operativo 3.1.5	Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri	1,11	riduzione ricoveri inappropriati	-50%	0	0	
•obiettivo operativo 3.1.6	Aumento volumi di attività ambulatoriale (inclusi gli APA)	1,11	n. prestazioni	+12,50%	0	0	
•obiettivo operativo 3.1.7	Mantenimento volumi di attività del PS	1,11	n. accessi in pronto soccorso	mantenimento volumi attività	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.8	Incremento della percentuale di dimissione del paziente preso in carico a livello ambulatoriale	1,11	indicatore n. dei casi : 1.300	n. dei casi 2015 : 4.205	0	0	
•obiettivo operativo 3.1.9	Riduzione del numero dei pazienti non rispondenti a chiamata al PS	1,11	indicatore n. dei casi : 3.905	n. di casi 2015 : 1.000	0	0	
•obiettivo operativo 3.1.10	adozione misure organizzative per area assistenziale ad intensità di cure per acuti. moduli polispecialistici di DH medico	1,11	realizzazione intervento rimodulazione a ree mediche e chirurgiche secondo il modello week e long	realizzazione 1 area chirurgica 1 area medica	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.11	adozione misure organizzative per la creazione di un reparto a bassa intensità di cure	1,11	realizzazione di un reparto a bassa intensità di cure	realizzazione di un reparto a bassa intensità di cure	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.12	consolidamento del percorso realizzato dal bad manager	1,11	rapporto n. letti appoggio/ totale posti letto	-50% letti di appoggio	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.13	definizione e applicazione corretti rapporti tra volumi di attesa dell'ALPI e istituzionale	1,11	rapporto provvedimenti adottati/n. UO che non hanno rispettato i rapporti	report 31/12/2015 con indicazione del rapporto ottenuto	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.14	ALPI attivazione prestazioni chirurgia ambulatoriale, day surgery, APA	1,11	attivazione prestazioni/tariffazione	100%	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.15	attivazione acceleratori lineari PS Addolorata, polo oncematologico	1,11	attivazione acceleratori	completa attivazione dei due acceleratori	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.16	riduzione del sovrappioppamento in PS	1,11	Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem.	almeno il 20%	0	0	
•obiettivo operativo 3.1.17	Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata)	1,11	I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile e accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute	3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015	100%	0,56	
•obiettivo operativo 3.1.18	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	1,11	Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2)	<50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	50%	0,56	
•obiettivo operativo 3.1.19	Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali	1,11	Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi)	<60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	53%	0,59	
•obiettivo operativo 3.1.20	Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali	1,11	Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto)	>= 50%	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.1.20	Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia	1,11	Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016	L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	56%	0,62	
<b>obiettivo strategico 3.2 - assetto organizzativo</b>							
•obiettivo operativo 3.2.1	adeguamento piano centri di costo al nuovo atto aziendale	1,11	piano cdc	100%	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.2.2	revisione organizzazione sportelli per il pubblico presso PS , ospedale e poliambulatorio	1,11	proposta di revisione	presentazione proposta di revisione	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.2.3	revisione segnaletica provvisoria (fuori reparto)	1,11	revisione fuori reparto	>= 90%	100%	1,11	
<b>obiettivo strategico 3.3 - innovazione e sviluppo</b>							
•obiettivo operativo 3.3.1	realizzazione ed attuazione piano formativo aziendale	1,11	corsi di formazione Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. Eventi formativi Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. Eventi formativi	>= 50% PFA >= 2 eventi formativi realizzati >= 2 eventi formativi realizzati e >= 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.3.2	predisposizione regolamento aziendale per la formazione	1,11	regolamento	regolamento	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.3.3	promozione iniziative formative legate alla riorganizzazione dell'ospedale	1,11	eventi formativi	>= 2 eventi formativi realizzati	100%	1,11	
•obiettivo operativo 3.3.4	predisposizione regolamento aziendale di gestione della sicurezza	1,11	regolamento	regolamento	100%	1,11	
totale AREA					30	totale performance	22

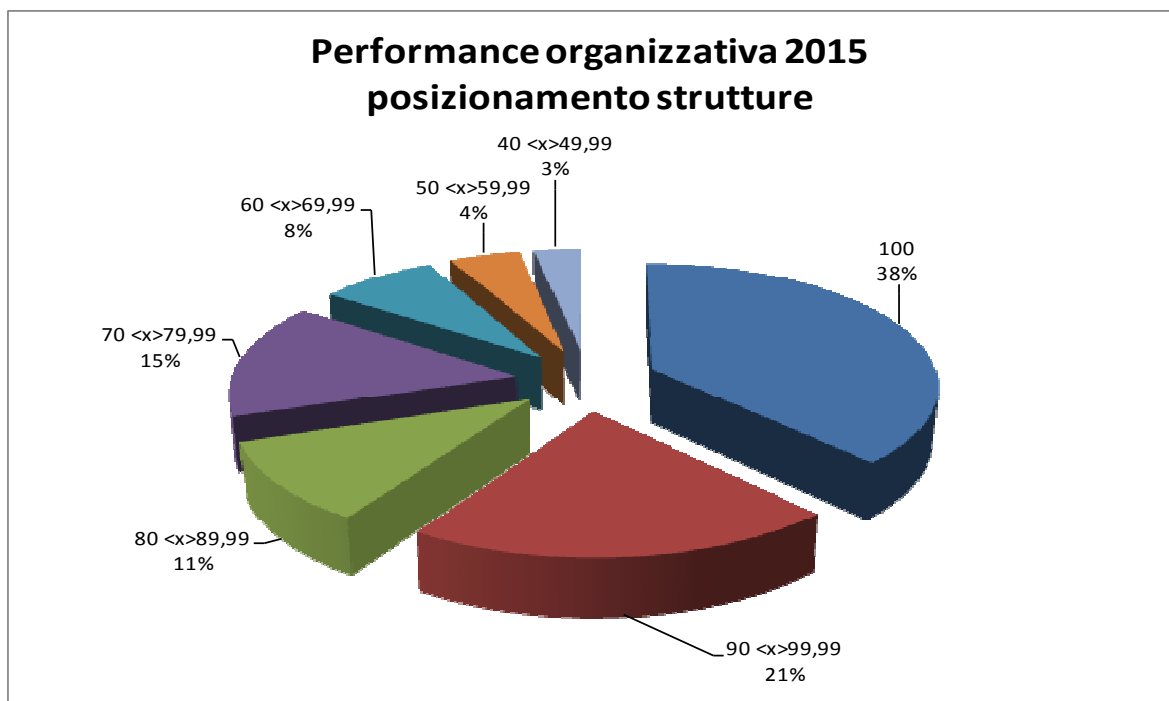
TAB. 11 AREA ECONOMICO GESTIONALE

obiettivo		punteggio	indicatore	standard	risultato	punti
<b>•obiettivo strategico 4.1 - procedure di acquisto e investimenti</b>						
•obiettivo operativo 4.1.1	riduzione delle procedure negoziate per l'acquisto di beni e servizi (economia, privata, senza pubbl. bando esclusi MEPA)	1,67	rapporto valore spesa procedure negoziate/voce B3 CE (depurato da consulenze rimborsi assicurazioni assegni e contributi)	<10% spesa complessiva beni e servizi	100%	1,67
•obiettivo operativo 4.1.2	scadenario gare	1,67	report	semestrali	100%	1,67
<b>•obiettivo strategico 4.2 - equilibrio economico finanziario</b>						
•obiettivo operativo 4.2.1	flussi informativi a Ministeri e Regione, Tavolo Verifica Piano Rientro	1,67	invio flussi nei termini previsti	SI	SI	1,67
•obiettivo operativo 4.2.2	monitoraggio obiettivi economico finanziari come da bilancio previsione concordato	1,67	segnalazione scostamento da obiettivi economici	SI	SI	1,67
•obiettivo operativo 4.2.3	attribuzione incarichi dirigenziali(Atto Aziendale)	1,67	atto aziendale	attuazione atto aziendali	100%	1,67
•obiettivo operativo 4.2.4	MEF -NoIPA	1,67	operazioni ingresso al MEF	100%	100%	1,67
•obiettivo operativo 4.2.5	nuova dotazione organica	1,67	invio proposta a Regione Lazio	SI	SI	1,67
<b>•obiettivo strategico 4.3 - implementazione contabilità analitica</b>						
•obiettivo operativo 4.3.1	sterilizzazione - imputazione costi per unità operativa	0	contratto Steritalia	avvio progetto pilota UOC oftalmologia	obiettivo cassato	
<b>•obiettivo strategico 4.4 - trasparenza negli acquisti</b>						
•obiettivo operativo 4.4.1	regolare tenuta contabilità interventi per progetti riqualificazione, investimento (contabilizzazione a stati di avanzamento)	1,67	valutazione della regolare tenuta della contabilità degli interventi per progetto di investimento	≥ 85%	100%	1,67
•obiettivo operativo 4.4.2	monitoraggio utilizzo fondi manutenzioni straordinarie spazi funzionali, impianti e attrezzature sanitarie di cui al DGR 79/2014	1,67	valutazione della regolare tenuta della contabilità degli interventi per progetto di investimento	≥ 85%	100%	1,67
totale AREA		15			totale performance	15

### Performance organizzativa

In via sperimentale, in via di applicazione del nuovo regolamento sul ciclo della performance organizzativa, sono stati calcolati anche i punteggi raggiunti a livello dipartimentale, tutti e 5 i dipartimenti hanno raggiunto un punteggio complessivo superiore al 50%.

GRAFICO 5 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2015 - POSIZIONAMENTO CdR in % (elaborazione dati : UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



Quanto ai singoli CdR/titolari di budget il posizionamento rispetto agli obiettivi operativi loro assegnati è nel complesso positivo con soli due cdr al di sotto del 50%.

TAB 12 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA AZIENDALE - DETTAGLIO

DENOMINAZIONE CENTRO	performance organizzativa	
	I Istanza Comitato Budget	II Istanza OIV
<b>DIREZIONE STRATEGICA</b>		
<b>STAFF DIREZIONE STRATEGICA - AREA FUNZIONALE PROMOZIONE E QUALITA'</b>		
UOC PIANIFICAZIONE STRATEGICA, BUDGET, CONTROLLO DI GESTIONE, SUPPORTO OIV E CONTROLLO INTERNO	100	100
UOSD RISCHIO CLINICO E MEDICINA LEGALE	100	100
UOSD PREVENZIONE E PROTEZIONE	100	100
UOSD SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO	100	100
UOSD UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	100	100
UOSD QUALITA' E FORMAZIONE	100	100
<b>AREE FUNZIONALI E DI COORDINAMENTO</b>		
<b>AREA COORDINAMENTO E SUPPORTO ATTIVITA' OSPEDALIERA</b>		
UOC DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI OSPEDALIERI	90,25	90,25
UOC GESTIONE AMBULATORIALE E LIBERA PROFESSIONE	100	100
<b>AREA FUNZIONALE SUPPORTO AMMINISTRATIVO</b>		
UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	100	100
UOC ECONOMICO FINANZIARIA E PATRIMONIALE	100	100
UOC GESTIONE E SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE INFORMATICA, USO RAZIONALE DELL'ENERGIA, MANUTENZIONE EDILE ED IMPIANTISTICA	100	100
UOC PROGETTAZIONE, CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE-STORICO	100	100
UOC POLITICHE DEL PERSONALE E GESTIONE RISORSE UMANE	100	100
UOSD AFFARI GENERALI	100	100
UOSD ATTIVITA' AMMINISTRATIVA LEGALE	100	100
UOSD SVILUPPO ORGANIZZATIVO	100	100
<b>DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE</b>		
UOC DIREZIONE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	100	100
<b>DIPARTIMENTI PER IL GOVERNO CLINICO</b>		
<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA E ASSISTENZA INTENSIVA</b>	<b>65,45</b>	<b>65,45</b>
U.O.C. MEDICINA D'URGENZA	90	90
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE/CENTRO DI RIANIMAZIONE POLIVALENTE	100	100
UOC PRONTO SOCCORSO E BREVE OSSERVAZIONE	90	90
UOC CARDIOLOGIA D'URGENZA CON UNITA' CORONARICA	62,7	62,7
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	86,88	86,88
UOC NEUROLOGIA CON UNITA' DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE	85	85
UOC NEUROCHIRURGIA	75	75
UOSD TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	100	100
UOSD RADIOLOGIA VASCOLARE INTERVENTISTICA	78,58	78,58
<b>DIPARTIMENTO CHIRURGIA</b>	<b>70,47</b>	<b>70,47</b>
UOC CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	64,72	64,72
UOC CHIRURGIA GENERALE	51,88	51,88
UOC UROLOGIA	70,83	70,83
UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE/ANESTESIA OPERATORIA	100	100
UOC CHIRURGIA VASCOLARE	47,21	47,21
UOSD CHIRURGIA ENDOCRINO-METABOLICA	77,79	77,79
UOSD CENTRO DI SENOLOGIA	80,83	80,83
UOSD CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	68,75	68,75
UOSD TERAPIA ANTALGICA	96,25	96,25
<b>DIPARTIMENTO MEDICINA</b>	<b>53,75</b>	<b>53,75</b>
UOC MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO ENDOCRINO-METABOLICO	93,75	93,75
UOC MEDICINA INTERNA	68,75	68,75
UOC MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO IMMUNOLOGICO	85,5	85,5
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO II	100	100
UOC MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE	48,75	48,75
UOC ANGIOLOGIA	94,38	94,38
UOC SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	95	95
UOC CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	62,5	62,5
UOC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	82,58	82,58
UOSD ENDOCRINOLOGIA	91,67	91,67
UOSD GERIATRIA	76,19	76,19
UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	90,84	90,84
<b>DIPARTIMENTO SPECIALITA'</b>	<b>75,07</b>	<b>75,07</b>
UOC OFTALMOLOGIA - BANCA DEGLI OCCHI	73,57	73,57
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	78,33	78,33
UOC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	50,75	50,75
UOC NEONATOLOGIA CON TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	97,5	97,5
UOC MEDICINA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT	59,59	59,59
UOC ONCOLOGIA	77,92	77,92
UOC EMATOLOGIA	90	90
UOC RADIOTERAPIA	93,75	93,75
UOC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	93,75	93,75
UOSD CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	71,67	71,67
UOSD CHIRURGIA VITREORETINICA	73,57	73,57
<b>DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E MEDICINA TRASFUSIONALE</b>		
<b>DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E MEDICINA TRASFUSIONALE</b>	<b>79,9</b>	<b>79,9</b>
UOC RADIODIAGNOSTICA	90	90
UOC PATOLOGIA CLINICA	100	100
UOC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	100	100
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	80	80
UOSD SENOLOGIA PER IMMAGINI	88	88
UOSD RADIODIAGNOSTICA PRESIDIO ADDOLORATA	100	100
<b>DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI</b>		
<b>DIPARTIMENTO DEL FARMACO INTERAZIENDALE CON AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI, ASL ROMA 3 E IFO</b>		
UOC FARMACEUTICA	100	100
<b>DIPARTIMENTO DI FISICA MEDICA INTERAZIENDALE CON IFO E ASL ROMA 2</b>		
UOSD FISICA MEDICA	100	100

## Performance individuale

TAB. 13 COLLEGAMENTO DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE DEI CRITERI DI DISTRIBUZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO/PREMI INSERITI NEL CONTRATTO INTEGRATIVO

	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 -fattori di flessibilità( misurabili) concordati e condivisi con il Dirigente della Struttura, tali criteri devono essere supportati da evidenze oggettive		Area Medica 20.02.2003. SPTA 12.06.2003
Non dirigenti	X		criteri -fattori di flessibilità( misurabili) concordati e condivisi con il Responsabile		03/02/2003

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

A livello di performance individuale non sono disponibili dati definitivi sul posizionamento del personale dipendente in quanto la fase di valutazione risulta essere ancora in corso.

TAB. 14 CATEGORIE DI PERSONALE OGGETTO DELLA VALUTAZIONE INDIVIDUALE – STATO DELL'ARTE

	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	371	20/06/2016	SI	0	0	0
Dirigenti SPTA	19	20/06/2016	SI	0	0	0
Non dirigenti	1590	20/06/2016	SI	0	0	0

Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane



TAB. 15 PERSONALE PER CLASSE DI PUNTEGGIO RAGGIUNTO – dato provvisorio

	personale per classe di punteggio (valore assoluto)		
	100%- 90%	89%- 60%	inferiore al 60%
Dirigenti medici	290	79	2
Dirigenti SPTA	18	1	0
Non dirigenti	1517	73	0

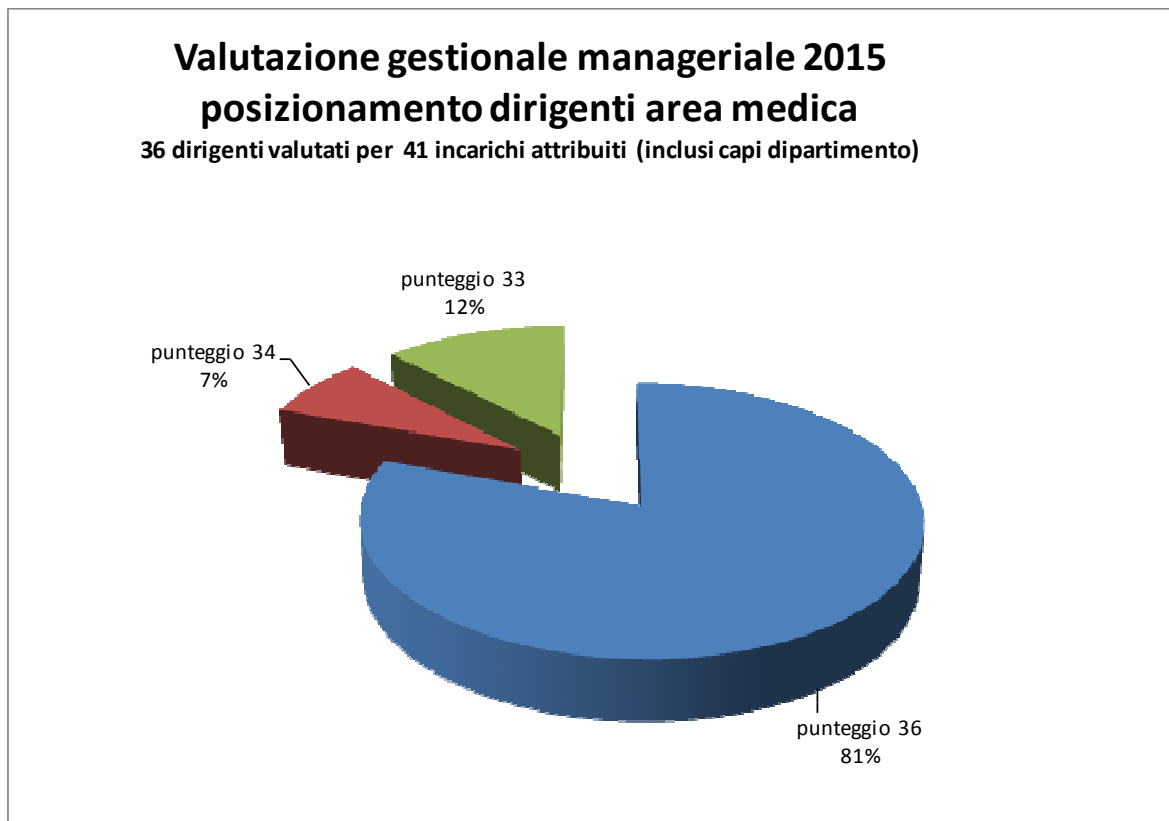
Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

La valutazione manageriale gestionale dei dirigenti apicali avviene mediante la compilazione da parte del superiore gerarchico di una scheda di valutazione composta di 6 aree (comportamento manageriale, tecnologia e innovazione, relazionale e della comunicazione, efficienza e produttività, partecipazione ai processi aziendali, innovazione/formazione). Nelle tabelle allegate si riporta il dettaglio del posizionamento del personale dirigenziale in relazione alla valutazione gestionale/manageriale (valutazione positiva se inclusa nel range  $17 \leq x \leq 36$ )

GRAFICO 6 VALUTAZIONE MANAGERIALE 2015 – AREA FUNZIONALE, SUPPORTO E STAFF (elaborazione dati UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



GRAFICO 7 VALUTAZIONE MANAGERIALE 2015 – AREA MEDICA (fonte dati : SIS – elaborazione UOC pianificazione strategica, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno)



Il processo di valutazione si è concluso in data 28/07/2016, le schede per l'anno 2015 sono complessivamente n. 52, in due casi sono state presentate osservazioni da parte del valutato in fase di sottoscrizione per presa visione del punteggio. Quattro schede non risultano sottoscritte per presa visione trattandosi di dipendenti cessati dal servizio per nel corso dell'anno 2015 a vario titolo.

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)

#### **4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ**

Relativamente ai costi per l'acquisizione di beni e servizi, nella tabella sottostante vengono riportati i dati di consuntivo del 2015 confrontato con il consuntivo dell'anno precedente.

Dalla tabella si evince un generale incremento degli acquisti di beni e servizi sanitari e non. Al riguardo si fa notare che nel 2015 si è registrato un incremento delle attività di ricovero ordinario e diurno, rispettivamente pari al 10% e 13%, in gran parte legata all'incremento delle attività di oncologia ed ematologia, dovute al trasferimento presso la struttura della oncologia dell'Ospedale S. Eugenio a decorrere dal 01/01/2015 e dell'Ematologia dal S. Pertini a decorrere dal 01/07/2015, delle chirurgie, ad indirizzo oncologico e della patologia della mammella, nonché del centro di senologia.

Aumento di produzione che ha ampiamente compensato la flessione di attività di altri settori specifici, anche legata alla carenza di personale e di risorse.

Analizzando i costi di beni sanitari l'incremento è legato in particolare ai farmaci oncologici, legati all'incremento di attività conseguenti i trasferimenti summenzionati presso questa azienda ed al conseguente aumento delle prestazioni richieste, nonché all'aumento degli acquisti di dispositivi dedicati al robot chirurgico il cui utilizzo è stato esteso a più specialità, all'acquisto di kit monouso per la camera operatoria di oculistica, all'attivazione della Week surgery, del polo oncoematologico e ai consumi legati alle attività di urgenza. (Fonte dati : Bilancio)

TAB. 16 COSTI DI BENI E SERVIZI ANNO 2015

	2014	2015	differenza	%
Beni sanitari	38.450.316	43.388.822	4.938.506	13
Beni non sanitari	278.977	284.448	5.471	2
Servizi sanitari	16.424.747	18.139.868	1.715.121	10
Servizi non sanitari	28.036.384	30.503.689	2.467.305	9

Fonte dati: UOC economico finanziaria e patrimoniale

Relativamente ai costi del personale, nella tabella sottostante vengono riportati i dati di consuntivo del 2015 sul costo del personale, confrontato con il consuntivo dell'anno precedente. La riduzione dei costi del personale è, principalmente, legata al blocco delle assunzioni da parte dell'Azienda, coerentemente con le disposizioni regionali in materia, unitamente alla fuoriuscita per quiescenza.

TAB. 17 COSTO DEL PERSONALE ANNO 2015

Tipologia personale	2014	2015	differenza	%
Dirigenti medici	52.638.257	52.557.485	-80.772	0
Dirigenti ruolo sanitario non medico	1.941.583	1.877.348	-64.235	-3
Comparto ruolo sanitario	57.135.060	56.750.308	-384.752	-1
Dirigenti altri ruoli	1.031.583	1.081.861	50.278	5
Comparto altri ruoli	11.219.489	10.722.138	-497.351	-4
<b>TOTALE</b>	<b>123.965.972</b>	<b>122.989.140</b>	<b>-976.832</b>	<b>-1</b>

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 ancora insediato.

Nel corso del 2015 sono stati espletati n. 8 avvisi pubblici di cui n. 4 per Direttore di Struttura complessa, n. 19 avvisi di mobilità.

TAB. 18 COMPOSIZIONE PERSONALE 2014 – 2015 DETTAGLIO GENERE

dipendenti in cifre	anno 2014		totale	anno 2015		totale
	maschi	femmine		maschi	femmine	
Dirigenti ruolo sanitario non medico	10	13	23	6	14	20
Comparto ruolo sanitario	384	940	1324	382	926	1308
Dirigenti altri ruoli	3	7	10	3	9	12
Comparto altri ruoli	173	137	310	166	134	300
<b>TOTALE</b>	<b>570</b>	<b>1097</b>	<b>1667</b>	<b>557</b>	<b>1083</b>	<b>1640</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. 19 COMPOSIZIONE PERSONALE 2014 – 2015 DETTAGLIO GENERE dato %

dipendenti in %	anno 2014		totale	anno 2015		totale
	maschi	femmine		maschi	femmine	
Dirigenti ruolo sanitario non medico	1%	1%	1%	0%	1%	1%
Comparto ruolo sanitario	23%	56%	79%	23%	56%	80%
Dirigenti altri ruoli	0%	0%	1%	0%	1%	1%
Comparto altri ruoli	10%	8%	19%	10%	8%	18%
<b>TOTALE</b>	<b>34%</b>	<b>66%</b>	<b>100%</b>	<b>34%</b>	<b>66%</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. 20 PERSONALE 2015 – DATI DI GENERE

INDICATORI	VALORE
% di personale donna assunto a tempo indeterminato su assunti anno 2015	0,33%
Età media del personale femminile non dirigente	48,07
Età media del personale femminile dirigente	51,55
Ore di formazione femminile	10.386

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. 21 COMPOSIZIONE PERSONALE 2015 – 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	0	6	8
Comparto ruolo sanitario	27	102	159	90	74	342	353	162
Dirigenti altri ruoli	0	0	2	1	0	2	5	2
Comparto altri ruoli	2	20	80	70	1	25	57	53
<b>TOTALE</b>	<b>29</b>	<b>122</b>	<b>244</b>	<b>164</b>	<b>75</b>	<b>369</b>	<b>421</b>	<b>225</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. 22 COMPOSIZIONE PERSONALE 2015 – 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%	2%	0%	0%	1%	4%
Comparto ruolo sanitario	93%	84%	65%	55%	99%	93%	84%	72%
Dirigenti altri ruoli	0%	0%	1%	1%	0%	1%	1%	1%
Comparto altri ruoli	7%	16%	33%	43%	1%	7%	14%	24%
<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 smi.  
Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

TAB. 23 COMPOSIZIONE PERSONALE 2015 – LIVELLO ISTRUZIONE

dipendenti	licenza elementare	licenza media	diploma	laurea
maschi	1	83	91	670
femmine	0	61	82	1141
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>144</b>	<b>173</b>	<b>1811</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. 24 COMPOSIZIONE PERSONALE 2015 – LIVELLO ISTRUZIONE in %

dipendenti	licenza elementare	licenza media	diploma	laurea
maschi	100%	58%	53%	37%
femmine	0%	42%	47%	63%
<b>TOTALE</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 smi.  
 Fonte : UOC Politiche del personale e gestione risorse umane

### **Benessere organizzativo**

Per l'indagine sul benessere organizzativo l'Azienda ha scelto, in fase di prima somministrazione del questionario, di rivolgersi ad un campione rappresentativo del personale utilizzando il modello predisposto dall'ANAC in forma cartacea.

Il questionario è articolato su 3 aree (benessere organizzativo, grado di condivisione del sistema di valutazione, valutazione del superiore gerarchico), con 14 ambiti tematici per un totale di 82 domande-affermazioni.

La popolazione intervistata è di 378 dipendenti, corrispondente ad un campione statistico randomizzato con livello di confidenza 95% ed un intervallo di confidenza 5, calcolato su un campionario di 2400 soggetti.

Anche se non rilevati all'interno dei questionari, in quanto espressamente escluso dalla procedura, sono stati calcolati le aree di attività, cioè i Dipartimenti di appartenenza, dei dipendenti oggetto di campionamento, e la loro distribuzione consente di affermare che il campionamento copre tutte le attività dell'Azienda avvicinandosi quindi agli standard di un campione stratificato, ovvero con maggiore attendibilità probatoria.

Di seguito, con i grafici seguenti si rappresenta la distribuzione dei soggetti del campione per area di occupazione.

GRAFICO 8 BENESSERE ORGANIZZATIVO – CAMPIONE

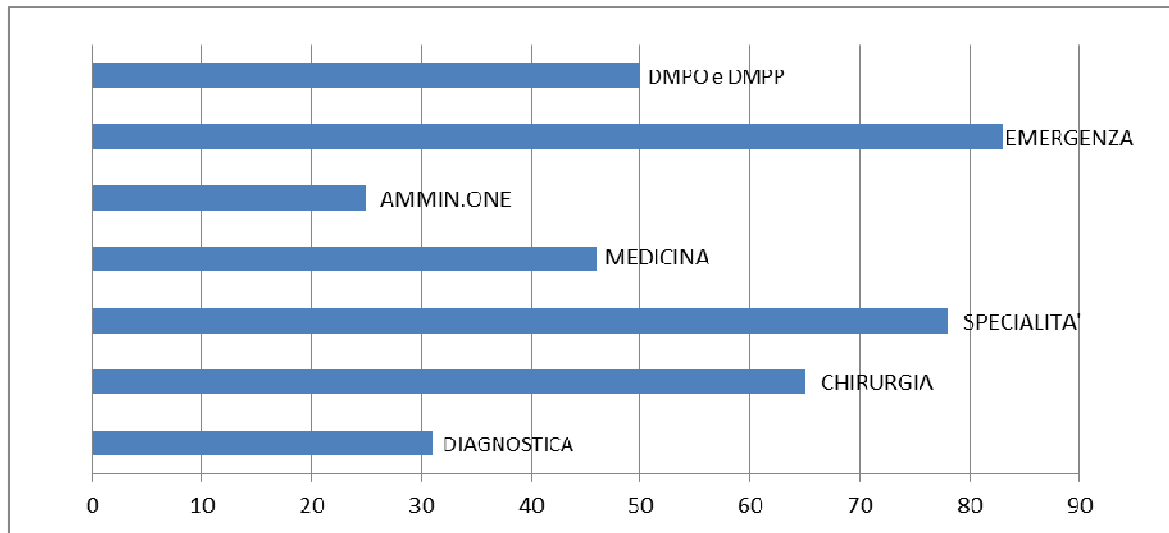
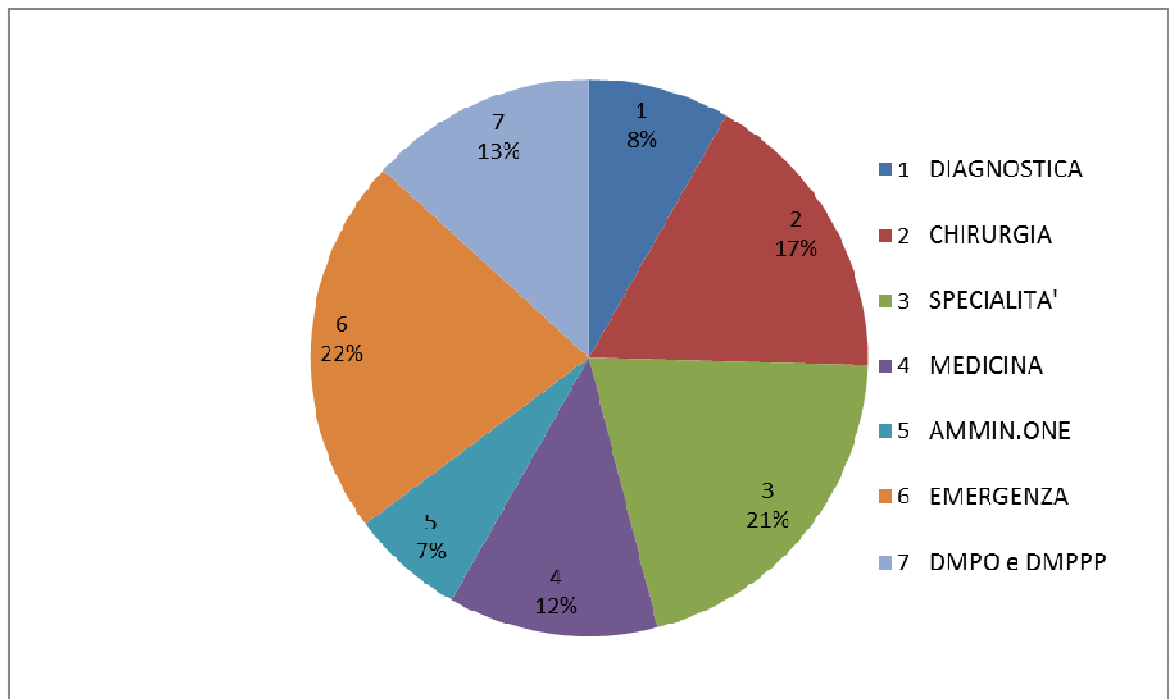


GRAFICO 9 BENESSERE ORGANIZZATIVO CAMPIONE – DETTAGLIO %





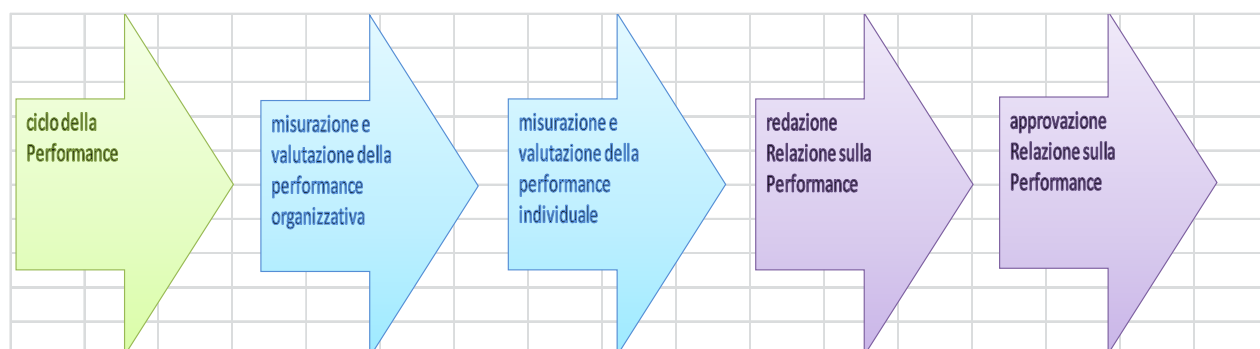
In un quadro maggiormente ampio della pianificazione longitudinale della valutazione del benessere organizzativo nella nostra Azienda, in collaborazione con la U.O.S.D. sviluppo, gestione e incremento delle tecnologie informatiche, è stata avviata la valutazione di una somministrazione informatizzata del questionario dedicato.

Infine, su richiesta del Direttore del Dipartimento Chirurgia, si sta pianificando una rilevazione sul personale delle strutture afferenti al Dipartimento, al fine di una valutazione puntuale ed oggettivo del livello di benessere lavorativo dei lavoratori.

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

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 10 FASI DEL PROCESSO DI REDAZIONE



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.

Quanto agli atti alla base del Ciclo della Performance questo è lo stato dell'arte:

- Sistema di misurazione e valutazione della performance : i protocolli applicativi, con efficacia a valere dalla performance 2016, per la gestione del sistema premiante del personale del comparto e delle aree dirigenziali sono stati approvati a gennaio 2016 adottato con deliberazioni n. 01/DG e 02/DG del 11/01/2016 (modificate con deliberazioni n. 388/DG e 389/DG del 18/05/2016) ;
- Piano della performance 2015 – 2017 (delibera n. n. 97/DG del 18/02/2015 e n. 913/DG del 28/10/2015);
- obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale (DCA n. U000248 del 12/06/;
- Piano strategico aziendale 2014 – 2016 (delibera n. 796/DG del 17/11/2014);
- Programma per la trasparenza e l'integrità 2015 – 2017 ( delibera n. 50/DG del 30/01/2015);
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione - triennio 2015/2017 (delibera n.47/DG del 30/01/15) e Approvazione. 'Mappatura o Registro delle aree aziendali esposte al potenziale rischio di corruzione', in attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015/2017 (delibera n. 234/DG del 31/03/2015).

Roma, 28 /07/2016

Il Direttore Generale

Ilde Coiro

## ALLEGATO A documenti ciclo

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-i.html">http://www.hsangiovanni.roma.it/44-atti-amministrativi-general-i.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	01/02/2015	29/01/2016	<a href="http://www.hsangiovanni.roma.it/109-corrruzione-1.html">http://www.hsangiovanni.roma.it/109-corrruzione-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>

