

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**.....
numero.....
data**Oggetto:** Piano della Performance 2018 - 2020. Adozione.

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.....

Direzione Generale.....
Lara Malucelli
estensore

Il Responsabile del procedimento

Data Firma Angela Maria Salvatori

Il Direttore

Data Firma

Proposta n° del

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

.....

.....

Data

.....
IL DIRETTORE SANITARIO
dr. Antonio Fortino**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

.....

.....

Data

.....
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dr. Cristiano Camponi

La 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.

Il Direttore Generale

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

PREMESSO il T.U. sul Pubblico Impiego d.lgs n. 165 del 30 marzo 2001;

il d.lgs n. 150 del 27 ottobre 2009 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e s.m.i., che all’art. 10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentanza della performance aziendale, stabilisce l’adozione, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, di un documento programmatico triennale denominato “Piano della Performance” e di un documento “Relazione sulla Performance” da adottare a consuntivo rispetto all’anno precedente con l’indicazione di eventuali scostamenti e/o aggiornamenti;

la l. n. 114/2014 di conversione del d.l. 23 giugno 2014, n. 90 del 23 giugno 2014 con la quale le competenze dell’ANAC, già CIVIT, relative alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 150 del 2009, sono trasferite al Dipartimento della Funzione pubblica;

le delibere CIVIT n. 89/010, n. 105/2010, n. 112 del 28 ottobre 2010 riportante istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico summenzionato, n. 1/2012 riportante linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance e n. 6/2013 recante linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013 che mantengono la loro validità, nelle more dell’emanazione del regolamento di cui al comma 10, articolo 19 del summenzionato d.l. 90/2014;

la Legge R.L. n. 1 del 16 marzo 2011 art. 10, comma 1 lett. a;

il Piano di Rientro 2017 – 2019 adottato con deliberazione n. 236/DG del 21 marzo 2017 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00223 del 16 giugno 2017, nell’ambito del quale sono stati individuati gli obiettivi strategici aziendali per il triennio di valenza;

il d.lgs n. 74 del 25 maggio 2017 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”

gli obiettivi assegnati al Direttore Generale all’atto di sottoscrizione del contratto di lavoro;

CONSIDERATO che il Piano della Performance è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento vigente nonché in coerenza con le indicazioni delle delibere CIVIT sopra indicate;

che nel Piano della Performance sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance e pertanto è uno strumento fondamentale per la corretta attuazione del Ciclo di gestione della Performance per il triennio 2018 - 2020;

RITENUTO pertanto di procedere alla adozione del Piano della Performance per il triennio 2018 - 2020 ed alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";

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

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

IN VIRTU' dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00031 del 30 gennaio 2014 e prorogato con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00019 del 30 gennaio 2017;

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

DELIBERA

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

- di adottare il Piano Triennale della Performance 2018 - 2020, costituito di n. ____ pagine, che allegato al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.

La U.O.C. Pianificazione strategica, budget, controllo di gestione, supporto OIV e controllo interno provvederà a porre in essere gli adempimenti di competenza previsti.

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

La U.O.S.D. Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

IL DIRETTORE GENERALE
dr.ssa Ilde Coiro

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

2018 – 2020

Azienda Ospedaliera

San Giovanni-Addolorata

Indice

1. Il Piano della performance

- 1.1 Finalità
- 1.2 Contenuti
- 1.3 Principi generali

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

- 2.1 Chi siamo
- 2.2 Cosa facciamo
- 2.3 Come operiamo

3. Identità

- 3.1 L'amministrazione "in cifre"
- 3.2 Mandato istituzionale e Missione
- 3.3 Albero della performance

4. Analisi del contesto

- 4.1 Analisi del contesto esterno
- 4.2 Analisi del contesto interno
- 4.3 Analisi delle risorse umane

5. Gli obiettivi strategici e gli indicatori

- 5.1 Premessa
- 5.2 Gli obiettivi strategici

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

- 6.1 Il processo di budgeting
- 6.2 Valutazione e verifica dei risultati
- 6.3 Il sistema premiante

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

- 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano.
- 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
- 7.3 Azioni previste per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

8. Allegati

1. Il Piano della performance

1.1 Finalità

Il Piano della performance [art. 10, c. 1, lett. a), D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 e art. 10, c. 1, lett. a), L. R. Lazio 16 marzo 2011 n. 1] è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio, sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e vengono definiti gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda nonché gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Il Piano della performance definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Nel Piano vengono altresì evidenziati tutti i passaggi logici idonei a garantire la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, secondo quanto espressamente previsto dalla normativa di riferimento.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150; per la stesura dello stesso si fa riferimento alle indicazioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con le delibere n. 112 del 28 ottobre 2010 e n. 1 del 5 gennaio 2012.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a

- a) obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda (atto aziendale).

1.2 Contenuti

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs. 150/2009 e dall'articolo 10, comma 1 della L.R. 1/2011, all'interno del Piano vanno riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Oltre ai contenuti esplicitamente richiamati dal decreto e dalla legge regionale (obiettivi ed indicatori dell'amministrazione e del personale dirigenziale), nel Piano viene data inoltre evidenza di ulteriori contenuti che sono funzionali sia ad una piena realizzazione delle finalità descritte nel punto precedente sia ad una piena attuazione dell'articolo 11, comma 3, del D.Lgs. 150/2009 e dell'articolo 11, comma 3 della L.R. 1/2011, attraverso il quale viene richiesto alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance.

In particolare nel Piano sono presenti i seguenti ulteriori contenuti:

- a) la descrizione della "identità" dell'amministrazione e, cioè, di quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione) e "cosa fa" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi) l'amministrazione. Questi contenuti sono indispensabili per una piena attuazione delle finalità di qualità e comprensibilità della rappresentazione della performance.
- b) l'evidenza delle risultanze dell'analisi del contesto interno ed esterno all'amministrazione. In particolare, attraverso l'analisi del contesto esterno si ricavano informazioni importanti sull'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione e, pertanto, sulla domanda di prestazioni sanitarie e, più in generale, sulle attese degli stakeholder. E' evidente come questi ultimi elementi siano essenziali per la qualità della rappresentazione della

performance (in particolare per la verifica del criterio della rilevanza degli obiettivi di cui all'articolo 5, comma 2, lett. a), del D.Lgs. 150/2009 ed all'articolo 5, comma 3, lett. a) della L.R. 1/2011).

c) l'evidenza del processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance. In particolare i contenuti specifici da inserire sono:

- la descrizione delle fasi, dei soggetti e dei tempi del processo di redazione del Piano. Ciò è funzionale a garantire la piena trasparenza su ogni fase del Ciclo di gestione della performance (articolo 11, comma 3, del D.Lgs. 150/2009 e articolo 11, comma 3, della L.R. 1/2011);
- le modalità con cui l'amministrazione garantisce il collegamento ed integrazione del Piano della performance con il processo e i documenti di programmazione economico finanziaria e di bilancio (articolo 5, comma 1, e articolo 10, comma 1, del decreto e articolo 5, comma 1 e 2 e articolo 10, comma 1 della legge regionale);
- ogni eventuale criticità relativa all'attuazione del Ciclo di gestione della performance di cui all'articolo 4 del D.Lgs. 150/2009 e all'articolo 4 della L.R. 1/2011. Ciò è funzionale a garantire la piena attuazione delle finalità di qualità, comprensibilità ed attendibilità della rappresentazione della performance.

1.3 Principi generali

Il Piano della performance dell'Azienda, in coerenza alle previsioni del D.Lgs. 150/2009 ed alle indicazioni fornite dalla CIVIT con deliberazione n. 112/2010 e n. 1/2012 e n. 6/2013, si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

L'articolo 11, comma 3, del decreto e l'articolo 11, comma 3, della legge regionale, richiedono alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance e, quindi, anche al Piano. L'Azienda pubblica, sul proprio sito istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: «Trasparenza, valutazione e merito», il Piano della performance. Inoltre, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del D.Lgs. 150/2009, il Piano viene immediatamente trasmesso alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

L'Azienda, infine, presenta il Piano, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune – agli interlocutori e destinatari interni (dirigenti, organizzazioni sindacali) ed esterni (stakeholder).

Principio della Immediata intelligibilità

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed agli stakeholder esterni (istituzioni, utenti, cittadinanza, associazioni di categoria, ecc.), il Piano viene proposto secondo una struttura multilivello prevedendosi, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali ultimi sono collocati tutti i contenuti e gli approfondimenti tecnici che, opportunamente richiamati nella parte principale del Piano, ne consentano una più puntuale verificabilità da parte di soggetti interni e di soggetti esterni qualificati.

Principio della Veridicità e verificabilità

Per ciascun indicatore individuato viene fornita la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Ai fini di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie.

Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo politico amministrativo, dirigenti e strutture) e i loro ruoli.

Principio della Prevenzione della Corruzione

Il Piano viene definito prevedendo esplicitamente gli obiettivi e i risultati da conseguire mediante la realizzazione del PTPC.

Principio della Partecipazione

Il Piano viene definito attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente nonché attraverso l'interazione con gli stakeholder esterni dei quali vengono individuate aspettative ed attese.

Principio della Coerenza interna ed esterna

Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili (coerenza interna).

Principio dell'Orizzonte pluriennale

L'arco temporale di riferimento del Piano è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento. La struttura del documento consente il confronto negli anni del Piano con la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lett. b) del D.lgs. 150/2009 e all'articolo 10, comma 1, lett. b) della L.R. 1/2011 che andrà prodotta con cadenza annuale a decorrere dalla prima scadenza fissata per il 30 giugno 2013.

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

2.1 Chi siamo

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero 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.

Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La sede legale dell'Azienda attualmente è fissata in Via dell'Amba Aradam, 9 – 00184 Roma. L'Azienda ha il seguente codice fiscale/ partita IVA 04735061006.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.hsangiovanni.roma.it

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti (in proprietà o in leasing immobiliare) nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività, compresi i beni mobili ed immobili acquisiti a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata fermo restando i limiti imposti dalla legge.

Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari nonché, ove previsto, presso i pubblici registri.

2.2 Cosa facciamo

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.

Centralità, nella missione istituzionale dell'Azienda, riveste il ruolo attribuitole dalla programmazione sanitaria regionale vigente.

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.

2.3 Come operiamo

L'Azienda adotta quale metodo fondamentale di gestione la programmazione, definita sulla base degli indirizzi programmatici della Regione e delle risorse negoziate. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale.

Il sistema del governo aziendale

L'Azienda individua ed attua strategie mirate all'appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici, sensibile ad ogni forma innovativa anche in tema di umanizzazione dell'assistenza.

L'Azienda, nel rigoroso rispetto della normativa vigente e degli indirizzi regionali in materia:

- a) contribuisce ai processi di sviluppo organizzativo dei servizi offerti ai pazienti, mettendo a disposizione e valorizzando il patrimonio di conoscenze, capacità, esperienze e risorse organizzative, tecnologiche e strutturali dell'Azienda;
- b) rafforza la capacità competitiva dell'Azienda;
- c) garantisce i diritti e valorizza il ruolo e le opportunità di sviluppo professionale degli operatori dell'Azienda.

Il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale

L'Azienda promuove, nel rispetto della propria missione istituzionale, il potenziamento e lo sviluppo delle aree di eccellenza clinica, anche al fine di interpretare pienamente il ruolo di realtà ospedaliera di alta specialità a rilievo regionale e nazionale.

L'equilibrio di bilancio

L'Azienda definisce azioni di intervento orientate a creare le condizioni strutturali per un equilibrio economico finanziario di lungo termine. A tal fine vengono previsti da un lato interventi orientati ad una ottimizzazione funzionale dei servizi dal punto di vista strutturale e organizzativo, e, dall'altro, azioni finalizzate alla ricerca di maggior appropriatezza d'uso delle prestazioni ed efficacia delle cure nell'ambito dei programmi di governo clinico.

Le risorse rese disponibili dall'incremento dell'efficienza e della produttività dei mezzi, verranno pertanto utilizzate, sulla base di quanto negoziato con la Regione, per uno sviluppo dei servizi che sia sostenibile e che consenta il mantenimento del ruolo di eccellenza dell'Azienda, così come richiesto dalla programmazione sanitaria regionale.

L'Azienda elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni normative in materia di contabilità. La valutazione delle voci di bilancio viene inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici ed ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda ed il risultato economico dell'esercizio.

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, articolo 25, il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo cui è allegato un

conto economico dettagliato ed un piano dei flussi di cassa prospettici ed è corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal Direttore Generale.

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, articolo 26, il bilancio di esercizio si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal Direttore Generale.

Accanto al bilancio preventivo ed al bilancio d'esercizio, l'Azienda predispone vari monitoraggi periodici relativamente all'andamento dei costi e ricavi che trasmette ai competenti uffici regionali.

L'Azienda, infine, informa la propria gestione, consona alle direttive regionali, sulla base della pianificazione strategica, ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative ai vari livelli. A tal fine l'Azienda utilizza – ai sensi dell'art. 3 comma 1 ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni – la propria capacità generale di diritto privato, fatti salvi i casi in cui la legge espressamente le attribuisce poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo, secondo i dettami della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche ed integrazioni.

3. Identità

3.1 L'amministrazione "in cifre"

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

	ubicazione	destinazione
P.O. San Giovanni	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
P.O. Addolorata	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
P.O. Britannico	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
P.S. Santa Maria	Via di San Giovanni in Laterano n. 155 – 00184 Roma	attività di specialistica ambulatoriale, dialisi ed attività di ricovero a ciclo diurno

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.

La dotazione letti dell'Azienda secondo il DCA 257/2017 Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" consta di n. 743 così articolati :

ORD/acuti	DH/acuti	ORD/riab.	DH/riab.	totale
642	78	20	3	743

Risorse finanziarie (valori in 000 euro - dato provvisorio, fonte: dati primi 9 mesi 2017 – elaborazione UOC pianificazione strategica)

Risorse finanziarie 2017 - 2018

	AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA		
	2017F	2018M	2018P
Ricoveri	92,67	6,61	99,28
Ambulatorio	20,60	3,17	23,77
File F	20,54	-	21,79
Contributi FSR	16,80	-	16,80
Altri ricavi	18,76	0,03	18,79
TOTALE RICAVI	169,37	9,81	180,43
Personale	122,47	(1,83)	120,64
Dirigenza	56,17	(1,25)	54,92
Comparto	66,30	(0,58)	65,72
Farmaci ed emoderivati	28,49	1,43	29,92
Dispositivi	22,33	(2,05)	20,28
Altri beni*	0,29	0,01	0,30
Servizi	49,34	1,56	50,90
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1,29	0,13	1,42
Altri servizi sanitari	9,20	1,35	10,54
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	7,26	-	7,26
Pulizia	5,97	0,72	6,68
Mensa	3,19	0,37	3,56
Lavanderia	2,02	0,29	2,30
Godimento di beni di terzi	3,89	-	3,89
Utenze elettricità	3,42	-	3,42
Smaltimento rifiuti	0,49	0,06	0,55
Altre utenze	2,43	-	2,43
Altri servizi non sanitari	10,18	(1,35)	8,83
Altri costi	29,27	-	29,27
Irap	7,55	-	7,55
Prestazioni Da Privato	0,55	-	0,55
Prestazioni Da Pubblico	-	-	-
Mobilità Passiva Intra-regionale	-	-	-
Mobilità Passiva Extra-regionale	-	-	-
Accantonamenti	6,75	-	6,75
Oneri	7,79	-	7,79
Oneri Finanziari	7,13	-	7,13
Oneri Fiscali (Netto Irap)	0,65	-	0,65
Saldo Poste Straordinarie	1,61	-	1,61
Variazione delle rimanenze	-	-	-
Oneri Straordinari	2,41	-	2,41
Proventi straordinari	4,02	-	4,02
Saldo Intramoenia	0,69	-	0,69
Ricavi intramoenia	5,13	-	5,13
Costi intramoenia	4,44	-	4,44
Ammortamenti	8,93	-	8,93
Rivalutazioni E Svalutazioni	-	-	-
Rivalutazioni	-	-	-
Svalutazioni	-	-	-
TOTALE COSTI DIRETTI	252,19	(0,88)	251,31
RISULTATO DI ESERCIZIO	(82,83)	10,69	(70,89)

* Altri Beni: l'importo relativo al PdE contiene anche il costo del sangue ed emocomponenti

2017 F previsione chiusura anno 2017

2018M valore manovre

2018 P previsione da Piano di rientro

I dati della produzione riferiti ai ricoveri, in fase di consolidamento ed al lordo degli eventuali abbattimenti, sembrano far registrare un valore economico maggiore rispetto a quello provvisorio indicato nella tabella sopra riportata, pari ad € 96.234.686,00.

Variazione costi e ricavi 2017 (2016)

	Anno 2016	Anno 2017	Variazione %
ricavi	184.172	169.366	-8,0
costi	265.906	252.193	-5,2
risultato economico	-81.734	-82.827	1,3
incidenza dei costi su ricavi	69	67	

Dettaglio costi di produzione 2017 (2016)

	2016	2017	differenza	%
Beni sanitari	47.308	50.825	3.517	7
Beni non sanitari	239	292	53	22
Servizi sanitari	19.067	10.485	-8.582	-45
Servizi non sanitari	29.556	38.852	9.296	31
Personale	123.727	122.465	-1.262	-1
altri costi	27.426	29.275	1.849	7
TOTALE	247.323	252.194	4.871	2

Variazione costi del personale 2017 (2016)

Tipologia personale	2016	2017	differenza	%
Dirigenti	56.263	56.166	-97	0
Comparto	67.464	66.299	-1.165	-2
TOTALE	123.727	122.465	-1.262	-1

Risorse umane

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2017, a fronte di una pianta organica complessiva (approvata dalla Giunta Regionale con Delibera n. 4837 del 29 luglio 1997) di 3.520 unità, è di 2.164 unità (incluso il tempo determinato) così ripartite :

Tipologia personale	2016	2017	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici	505	514	9	1,78
Dirigenti ruolo sanitario non medico	18	19	1	5,56
Comparto ruolo sanitario	1331	1315	-16	- 1,20
Dirigenti altri ruoli	14	14	0	-
Comparto altri ruoli	303	302	-1	- 0,33
TOTALE	2171	2164	-7	- 0,32

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 - dato al 31/12/2017

ATTIVITA'

Dati riferiti all'anno 2017 (2016), (fonte: schede di dimissione ospedaliera, archivio accessi di pronto soccorso, archivio prestazioni ambulatoriali)

			2016	2017
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Assistenza ospedaliera per acuti : in day hospital e day surgery	n. ricoveri effettuati in regime di day hospital	3.805	3.979
		n. accessi effettuati in regime di day hospital	21.278	22.365
	Assistenza ospedaliera per acuti : in degenza ordinaria	n. ricoveri effettuati in regime di day surgery	3.111	2.944
		n. accessi effettuati in regime di day surgery	6.447	6.136
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	n. ricoveri effettuati in regime ordinario	22.274	21.349
		n. giorni di degenza ordinaria	171.523	164.472
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	n. giorni di degenza per lungodegenti	0	0
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	n. giorni di degenza per riabilitazione	1.588 dh + 4.990 do	1664 dh + 5113 do
	Attività di pronto soccorso	n. accessi al prontoso soccorso	59.556	58.333
	ASSISTENZA DISTRETTUALE *	attività di laboratorio	436.489	410.376
attività di diagnostica strumentale e per immagini		34.970	40.048	
attività clinica		271.927	287.973	

Fonte dati : SIS

*dato provvisorio

3.2 Mandato istituzionale e missione

Il contenuto di questa sezione è stato approfondito in relazione all'organizzazione dell'Azienda ed alla descrizione della metodologia di gestione delle diverse procedure. Si rimanda dunque a quanto sopra descritto al punto 2.

3.3 Albero della performance

L'albero della performance, allegato al presente piano (allegato n. 1) è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

L'albero della performance dell'Azienda viene, pertanto, costruito nella maniera di seguito descritta.

Le indicazioni regionali provenienti dalla Legge Regionale n. 18 del 16 giugno 1994 e s.m.i., dal Piano di Rientro, dai Programmi Operativi nonché dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della performance. Le stesse vengono pertanto integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi ed obiettivi operativi assegnati ai dirigenti (cui viene legato il sistema premiante di tutto il personale). A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

Le aree strategiche individuate nell'albero della performance richiamano le dimensioni tipiche della Balanced scorecard e sono riferibili a differenti stakeholder.

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

• area strategica Piano di rientro	punti	75
• area strategica organizzativo qualitativa	punti	15
• area strategica trasparenza e prevenzione corruzione	punti	10
punteggio totale		100

Il sistema risulta "a cascata", integrando pianificazione, programmazione e controllo aziendali con gestione delle risorse e sistema premiante.

4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'Azienda che già in passato aveva modificato la propria struttura per corrispondere ai modelli individuati dalla 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, e che nel biennio precedente aveva già rimodellato la propria organizzazione secondo il nuovo Atto aziendale approvato con DCA Regione Lazio n. U00112 del 19/03/2015, e s.m.i., è stata chiamata a redigere il Piano di Efficientamento 2017-2019 ai sensi del DCA n. 273/2016 recante: "*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*" e del DM 21.06.2016 avente ad oggetto "*Piani*

di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici", adottato con deliberazione n. 236/DG del 21 marzo 2017 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA U00223 del 16 giugno 2017.

Conseguentemente, l'Azienda si trova ad operare in un contesto di riferimento condizionato da una programmazione sanitaria nazionale e regionale volta a perseguire l'equilibrio economico-finanziario mediante processi di efficientamento del sistema.

4.2 Analisi del contesto interno

L'articolazione organizzativa dell'azienda è improntata a criteri di massima flessibilità, tesi a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al mutare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi.

La struttura organizzativa attuale dell'azienda è quella definita dall'Atto aziendale già menzionato nel paragrafo precedente.

Si articola in:

- staff (struttura e funzioni);
- dipartimenti funzionali (art. 17 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.);
- unità operative complesse;
- unità operative semplici dipartimentali.

Ai sensi dell'art. 4 comma 2 lett. b) del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, l'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture.

L'organizzazione dell'Azienda si propone le seguenti finalità:

- a) mettere in primo piano il fine "salute" cui intende contribuire, la specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona cui sono diretti i servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- b) garantire una relazione personale e di fiducia fra medico e paziente;
- c) garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica di governo clinico;
- d) curare il proprio patrimonio professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze interne che sappiano distinguersi per professionalità ed impegno, anche attraverso la formazione professionale e specialistica del personale, intra e post universitaria;
- e) rendere consapevole ogni componente della valenza etica e del contributo che il lavoro prodotto può apportare per la piena soddisfazione dei bisogni delle persone assistite, a tal fine stimolando e riconoscendo attivamente questo tipo di contributo;
- f) sviluppare il principio della cooperazione, della collaborazione fra i soggetti interni ed esterni che possono contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione nonché di miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi resi alle persone che li utilizzano;
- g) essere comprensibile e valutabile nelle sue decisioni, nella sua dinamica di funzionamento e nei suoi risultati rispetto e ad ogni soggetto od organismo esterno che ne abbia riconosciuto diritto.

L'organizzazione dell'Azienda, inoltre, risponde ai seguenti principi tecnici:

- ◆ autonomia e responsabilità,
- ◆ efficienza,
- ◆ diversificazione dei servizi e differenziazione delle linee di produzione,
- ◆ coerenza e rispetto delle linee programmatiche regionali.

L'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione – indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

Individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai diversi livelli dirigenziali. Attraverso la delega di funzioni, l'Azienda, persegue il processo di valorizzazione delle attribuzioni dirigenziali trasferendo il processo decisionale al livello appropriato, con un conferimento di responsabilità caratterizzata dal compito che il Direttore Generale assegna al Dirigente, dall'autorità concessa al delegante nell'impiego delle risorse e dall'obbligo del Dirigente delegato di rispondere al delegante in termini di responsabilità.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. I dirigenti sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

I punti di forza e di debolezza dell'organizzazione dell'Azienda, possono essere come di seguito individuati:

Punti di forza

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

Punti di debolezza

- carenza di personale stanti i limiti assunzionali derivanti dal Piano di rientro pur se attenuate nel corso dell'anno 2017
- ritardi nella completa informatizzazione dei processi amministrativo – contabili, che tuttavia, sono in fase di soluzione
- vetustà di alcune apparecchiature sanitarie stante le limitate risorse a disposizione

Opportunità di sviluppo

L'Azienda, al fine di migliorare:

- punta sulla potenzialità di efficientamento del processo di ricovero che ha coinvolto quasi tutte le unità operative, prevedendo una ulteriore riduzione complessiva della degenza media in regime di ricovero ordinario, fino a raggiungere l'obiettivo previsto dal Piano

- ritiene di poter agire ulteriormente sull'attività di efficientamento dei processi produttivi, nonché su ulteriori leve legate all'aumento di produttività ed alla riduzione dei costi dei fattori produttivi, al fine di proseguire nel percorso di miglioramento già avviato negli anni precedenti
- ritiene che una delle principali leve di miglioramento sia rappresentata dalla possibilità di sfruttare ulteriormente le tecnologie presenti al suo interno, sono infatti presenti nella dotazione tecnologica aziendale, apparecchiature il cui impiego, a causa della carenza di personale dedicato, è tuttora limitato rispetto all'effettiva utilizzabilità delle stesse
- ritiene di poter ricorrere maggiormente alle sale operatorie di chirurgia robotica anche al fine di garantire una minore frequenza nel verificarsi di complicanze post operatorie, contribuendo all'ulteriore riduzione nella durata di degenza
- intende proseguire il percorso volto all'ottimizzazione della produttività dei vari reparti al fine di ottenere un efficientamento nell'utilizzo dei posti letto, intervenendo nel processo di preospedalizzazione e nella fase di dimissione mediante la piena realizzazione di quanto previsto nei **documenti di riorganizzazione dell'Area Chirurgica e Medica**, prevedendo anche il potenziamento dei sistemi informativi a supporto

4.3 Analisi delle risorse umane

Il presente ambito di analisi evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini ed i comportamenti dei soggetti che operano all'interno dell'organizzazione. Le successive schede, in particolare, sintetizzano l'analisi quali quantitativa delle risorse umane attraverso la rilevazione, al 31 dicembre 2017:

- 1) del valore degli indicatori quali quantitativi relativi al personale;
- 2) degli indicatori di analisi del benessere organizzativo;
- 3) degli indicatori di genere.

(fonte dati UOC Politiche del personale e gestione risorse umane e UOSD Qualità e formazione)

Analisi quali quantitativa e di benessere organizzativo

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	51
Età media dei dirigenti (anni)	54
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	-0,60%
Ore di formazione (media per dipendente)*	9,87
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	65,57%
Costi di formazione	67.472
Tasso di assenze	17%
Tasso di richieste di mobilità	2,30%
Tasso di infortuni	7,21%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto (anno)	30.089
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti (anno)	70.060
% di personale assunto a tempo indeterminato	3,02%
Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.	
* escluso APAP	

Indicatori di genere

INDICATORI	VALORE
% di dirigenti donne	45,7
% di donne rispetto al totale del personale	61
% di donne assunte a tempo indeterminato	65,08
Ore di formazione (media per dipendente)*	9,87
età media del personale femminile non dirigente	50
età media del personale femminile dirigente	52,00%
Ore di formazione femminile	13.612

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

L'Azienda punta sulla valorizzazione delle risorse umane e sullo sviluppo delle competenze avendo all'uopo predisposto uno specifico piano formativo mirato per gli operatori.

5. Gli obiettivi strategici e gli indicatori

5.1 Premessa

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del D.Lgs. 150/2009 e dell'articolo 5 della Legge Regionale 16 marzo 2011, n. 1, gli obiettivi dell'Azienda vengono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, "dagli organi di indirizzo politico amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative". Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi. Gli obiettivi strategici fanno riferimento ad orizzonti temporali pluriennali e sono di particolare rilevanza rispetto non solo alle priorità politiche dell'amministrazione ma, più in generale, rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder ed alla missione istituzionale. Gli obiettivi operativi, invece, declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (breve periodo), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni.

Per ogni obiettivo, sia esso strategico od operativo, vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Il Piano contiene infine gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale verranno tempestivamente inseriti all'interno del Piano.

5.1 Gli obiettivi strategici

L'Azienda concorre al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale attraverso il raggiungimento degli obiettivi ad essa assegnati.

Utilizza inoltre il sistema di programmazione e controllo quale modello di riferimento per l'attuazione del Ciclo della Performance.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda per il triennio 2018-2020 trovano pertanto riferimento (cfr. Albero della Performance – allegato n. 1):

1. nella Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e nei successivi provvedimenti emanati dalla Regione;
2. nella mission aziendale;

3. negli obiettivi individuati con il Piano di Rientro aziendale 2017 - 2019 adottato con delibera n. 236/DG del 21/03/2017 e approvato con DCA n. U00223 del 16/06/2017 ;
4. negli obiettivi assegnati al Direttore Generale in sede di sottoscrizione del contratto individuale di lavoro;
5. quelli che la Regione Lazio assegna al Direttore Generale nel periodo di vigenza del presente Piano.

Pertanto si è proceduto ad individuare per settori di attività il peso degli obiettivi strategici, come segue :

dipartimenti dell'area sanitaria(la negoziazione avviene al primo livello con i Dipartimenti cui viene demandata la negoziazione di secondo livello con le UUOO afferenti):

•	obiettivi da Piano di rientro	punti	75
•	obiettivi organizzativi e qualitativi	punti	15
•	obiettivi di trasparenza e prevenzione corruzione	punti	10
	punteggio totale		100

dipartimento delle professioni sanitarie :

•	obiettivi da Piano di rientro	punti	30
•	obiettivi organizzativi e qualitativi	punti	60
•	obiettivi di trasparenza e prevenzione corruzione	punti	10
	punteggio totale		100

UUOO sanitaria in aree funzionali o di coordinamento o in staff :

•	obiettivi da Piano di rientro	punti	30
•	obiettivi organizzativi, qualitativi, trasparenza e prevenzione corruzione	punti	70
	punteggio totale		100

UUOO tecnico-amministrative in aree funzionali o di coordinamento o in staff :

•	obiettivi organizzativi, qualitativi, trasparenza e prevenzione corruzione	punti	100
	punteggio totale	punti	100

Inoltre sono stati individuati, al secondo livello di negoziazione, specifici obiettivi per il settore del comparto.

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

6.1 Il processo di budgeting

Attraverso il sistema di budget (budgeting), gli obiettivi strategici vengono declinati in obiettivi operativi dei dirigenti e delle differenti articolazioni organizzative aziendali (dipartimenti, unità operative sanitarie, staff, unità operative amministrative).

Il processo di budgeting, rappresenta per l'azienda il momento di traduzione dei programmi generali, come definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e nei piani attuativi aziendali, in obiettivi specifici di ogni singola struttura (Centro di responsabilità/titolare di budget – C.d.R.) correlati alle cosiddette “variabili controllabili” del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (dirigente) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli può incidere.

Il processo di budgeting dell’Azienda si svolge secondo le procedure descritte nel Piano Strategico 2014 – 2016 (deliberazione n. 796/DG del 17 novembre 2014 consultabile nell’apposita sezione dell’Area Amministrazione Trasparente sul sito web aziendale).

E’ un processo negoziale che, per scelta direzionale, risulta fortemente guidato dalla Direzione Aziendale. Gli obiettivi di struttura, definiti attraverso il processo in questione, vanno tuttavia sempre – stante la natura negoziale dello stesso – condivisi e concordati, rappresentando, ai sensi dei vigenti contratti collettivi di lavoro, gli elementi per la valutazione annuale, da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all’art. 14 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 e s.m.i., dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti coinvolti nel processo negoziale.

E’ necessario, in particolare, che il processo di budget si caratterizzi per :

- tempi di svolgimento che rispettino la tempistica concordata, anche per consentire una eventuale rinegoziazione a metà anno;
- forte coerenza con gli obiettivi regionali;
- sviluppo di innovazione organizzativa;
- obiettivi di qualità;
- attenzione ai vincoli economici

Pertanto sulla scorta delle indicazioni di cui al regolamento contenuto nel summenzionato piano strategico aziendale i C.d.R. individuati per la contrattazione di primo livello sono quelli qui di seguito riportati :

CdR / titolari di budget
Dipartimento Emergenza e assistenza intensiva
Dipartimento Chirurgia
Dipartimento Medicina
Dipartimento Specialità
Dipartimento Servizi diagnostici e medicina trasfusionale
UOC Pianificazione strategica , budget , controllo di gestione, supporto OIV, controllo interno
UOC Acquisizione beni e servizi
UOC Direzione assistenza infermieristica
UOC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri
UOC Economico finanziaria e patrimoniale
UOC Farmaceutica
UOC Gestione ambulatoriale e libera professione
UOC Gestione e sviluppo delle tecnologie, uso razionale dell'energia, manutenzione edile ed impiantistica
UOC Politiche del personale e gestione risorse umane
UOC Progettazione, conservazione , valorizzazione del patrimonio storico immobiliare
UOSD Affari generali
UOSD Attività amministrativa legale
UOSD Fisica Medica
UOSD Prevenzione e protezione
UOSD Qualità e formazione
UOSD Rischio Clinico e Medicina legale
UOSD Sistema informativo sanitario
UOSD Sviluppo organizzativo
UOSD Sviluppo e gestione incremento delle tecnologie informatiche
UOSD Ingegneria clinica
UOSD Ufficio Relazioni con il Pubblico

La Scheda di Budget è un prospetto sintetico, redatto per i C.d.R., articolato in sezioni in corrispondenza delle aree strategiche individuate nella mission.

Nell'ambito di ciascuna area vengono inquadrati gli obiettivi generali ed operativi con i relativi indicatori di misurazione, specificando per ciascuno le seguenti informazioni:

- o il valore di negoziazione per l'Anno in corso;
- o i valori di range entro i quali l'obiettivo si considera raggiunto;
- o la percentuale di raggiungimento degli obiettivi;
- o la percentuale di raggiungimento pesata per area strategica.

Gli obiettivi operativi assegnati al personale dirigenziale, compatibilmente con i limiti derivanti dalla fase transitoria che l'Azienda attraversa stante la riorganizzazione aziendale, sono individuati complessivamente in allegato (allegato n. 2).

6.2 Valutazione e verifica dei risultati

Sulla scorta delle informazioni acquisite, la U.O.C. Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno elaborerà, con cadenza periodica, generalmente semestrale, dei report sull'andamento gestionale attraverso i quali realizzare concretamente il confronto fra obiettivi e risultati assegnati ai singoli C.d.R..

6.3 Il sistema premiante

PERSONALE DIRIGENTE

La valutazione del dirigente si articola nella verifica dell'esercizio dell'incarico dirigenziale attribuito e nella valutazione del risultato annuale (performance).

Nel primo caso la verifica è effettuata alla scadenza dell'incarico dirigenziale dal Direttore sovraordinato e dal Collegio tecnico (in seconda istanza) e costituisce prerequisito, in relazione all'esito, dell'attribuzione dell'incarico relativo al periodo successivo.

Nel secondo caso la valutazione è determinata sia dal risultato certificato dall'Organismo Indipendente per la Valutazione (OIV) relativamente al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura, attribuiti nella loro totalità alla dirigenza ad essa assegnata, sia dalla valutazione espressa dal dirigente sovraordinato relativamente all'apporto collaborativo individuale.

La valutazione annuale è finalizzata alla determinazione della retribuzione di risultato.

PERSONALE NON DIRIGENTE

Tutto il personale del comparto è inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente, caratterizzato dai seguenti elementi:

A. valorizzazione dei risultati;

B. valorizzazione delle capacità di comportamento organizzativo;

che corrispondono alle due sezioni della scheda di valutazione utilizzata.

Relativamente alla definizione del punto A), il Direttore della struttura, contestualmente alla discussione del budget con la Direzione, individua quali obiettivi richiedano la collaborazione e quindi il coinvolgimento dei collaboratori, con facoltà di integrare la scheda con obiettivi di risultato specifici, non presenti sulla scheda di budget della struttura, purché individuati in coerenza con le politiche aziendali.

Nel punto B) sono valutati obiettivi connessi a capacità di "comportamento organizzativo", riferiti cioè al comportamento osservabile nello svolgimento delle mansioni lavorative riconducibili al profilo di appartenenza.

Le due componenti della scheda individuale concorrono a formularne il risultato finale che:

- costituisce la base per il calcolo della quota individuale di produttività

- concorre a determinare la progressione economica orizzontale;

- se negativo, costituisce la base su cui elaborare la proposta di revoca dell'incarico di coordinamento e dell'incarico di posizione organizzativa.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, come descritto nel presente e nel precedente paragrafo è coerente con i principi di cui al D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 in quanto:

- a. prevede una metodologia di definizione e gestione degli obiettivi all'interno di un sistema di budget;
- b. la retribuzione di risultato viene distribuita fra le strutture in maniera differenziata ed in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- c. tutto il personale (dirigenza e comparto) è soggetto ad una valutazione individuale annuale in conseguenza della quale vengono corrisposti i premi di risultato e di produttività individuale (protocolli applicativi per la Gestione del Sistema Premiante aziendale dell'Area del Comparto delibera n. 01/DG dell'11/01/2016 modificata con delibera n. 388 del 11/05/2016 e dell'Area della Dirigenza delibera n. 02/DG dell'11/01/2016 modificata con delibera n. 389 del 11/05/2016).

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano.

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nella Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18, nel Piano di Rientro, nei Programmi operativi, documenti, questi ultimi, che esplicitano le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività regionale.

In coerenza con tale piano vengono individuati dalla Regione Lazio, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie definite nel Piano strategico aziendale, definisce il Piano delle performance, integrato, ed aggiornato annualmente.

Le strategie sono declinate in piani ed obiettivi strategici e operativi; tali obiettivi, e i relativi indicatori e standard, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione (budgeting) ai dirigenti e al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità.

Altro documento strategico che fornisce input al processo di predisposizione del Piano della Performance è il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità (art. 11, Decreto Legislativo 150/09). Tale programma rappresenta il framework di riferimento attraverso il quale alimentare l'aspetto della trasparenza del Piano.

Il Piano della Performance, deliberato dalla Direzione Generale, viene di norma pubblicato e pubblicizzato entro il 31 gennaio. L'approvazione formale del Piano è la conclusione di un percorso articolato in passi logici:

1. l'avvio del processo di elaborazione del Piano della performance da parte della Direzione strategica è avvenuto nel mese di dicembre 2017 a conclusione del monitoraggio dei risultati dei primi 9 mesi dell'anno;
2. nei mesi di dicembre 2017 – gennaio 2018, sulla base dei risultati del posizionamento e delle indicazioni strategiche, sono state indette riunioni preliminari con il Collegio di Direzione, i singoli Dipartimenti e le aree tecnico – amministrative, di coinvolgimento degli stakeholder, così come previsto dalla norma, per raccogliere eventuali istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda. Poiché l'Azienda è sottoposta a Piano di efficientamento le linee di indirizzo strategico sono state sostanzialmente preordinate dallo stesso, pertanto non si è proceduto alla sottoposizione delle stesse all'OIV in quanto lo stesso aveva già avuto modo di analizzare il Piano stesso;

4. Alla luce dei risultati delle riunioni, delle proiezioni di risultato per l'anno 2017 si è proceduto alla predisposizione del bilancio provvisorio 2017 e previsionale 2018 nel mese di febbraio 2018, in coerenza con gli indirizzi strategici del piano;

5. contestualmente alla elaborazione del quadro strategico per l'esercizio successivo, il management ha gestito il processo di elaborazione delle schede di programmazione;

6. Nell'ambito di tale processo sono stati definiti gli obiettivi operativi e la ripartizione di risorse e si è proceduto alla conclusione del processo di budgeting nel corso del mese di febbraio 2018.

Lo slittamento di questo ultimo step di analisi ha consentito l'approvazione e l'adozione del Piano da parte della Direzione Generale nel febbraio 2018.

Allegata al Piano (allegato n. 3) è la scheda che sintetizza le fasi, i soggetti ed i tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano.

7.2 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio. Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

L'integrazione si realizza tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da confluire in un unico gantt temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il bilancio di previsione (di norma approvato entro il 31 dicembre dell'anno precedente quello di riferimento) costituisce la base economico finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali. Lo slittamento della approvazione del bilancio previsionale 2018 così come del bilancio consolidato 2017 hanno determinato lo slittamento dell'approvazione del Piano al mese di febbraio 2018.

In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

L'Azienda ha avviato un processo di riorganizzazione della contabilità direzionale volto alla attribuzione dei costi reali effettivi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni, a tal fine è stata individuata fra le Aziende pilota per l'implementazione di una contabilità analitica omogenea a livello regionale basata sui flussi di attività che dovrebbe diventare operativa nel corso del 2018.

Il raggiungimento dell'equilibrio finanziario economico e patrimoniale è un obiettivo prioritario per l'Azienda così come la necessità di rispettare i vincoli imposti dal Piano di Rientro.

7.3 Azioni previste per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il piano delle performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il piano verrà comunque revisionato nel corso degli anni di vigenza in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, di eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo delle ASR nonché del confronto con gli stakeholder.

Le aree strategiche verranno sviluppate considerando i diversi cluster di pazienti, i regimi di attività nonché le principali "linee di produzione" aziendali, secondo il programma di riorganizzazione a livello regionale della contabilità analitica per linee di attività.

La richiesta integrazione del ciclo della performance con il piano triennale per la trasparenza e la integrità è progredita con l'individuazione di una apposita area strategica e relativi obiettivi operativi.

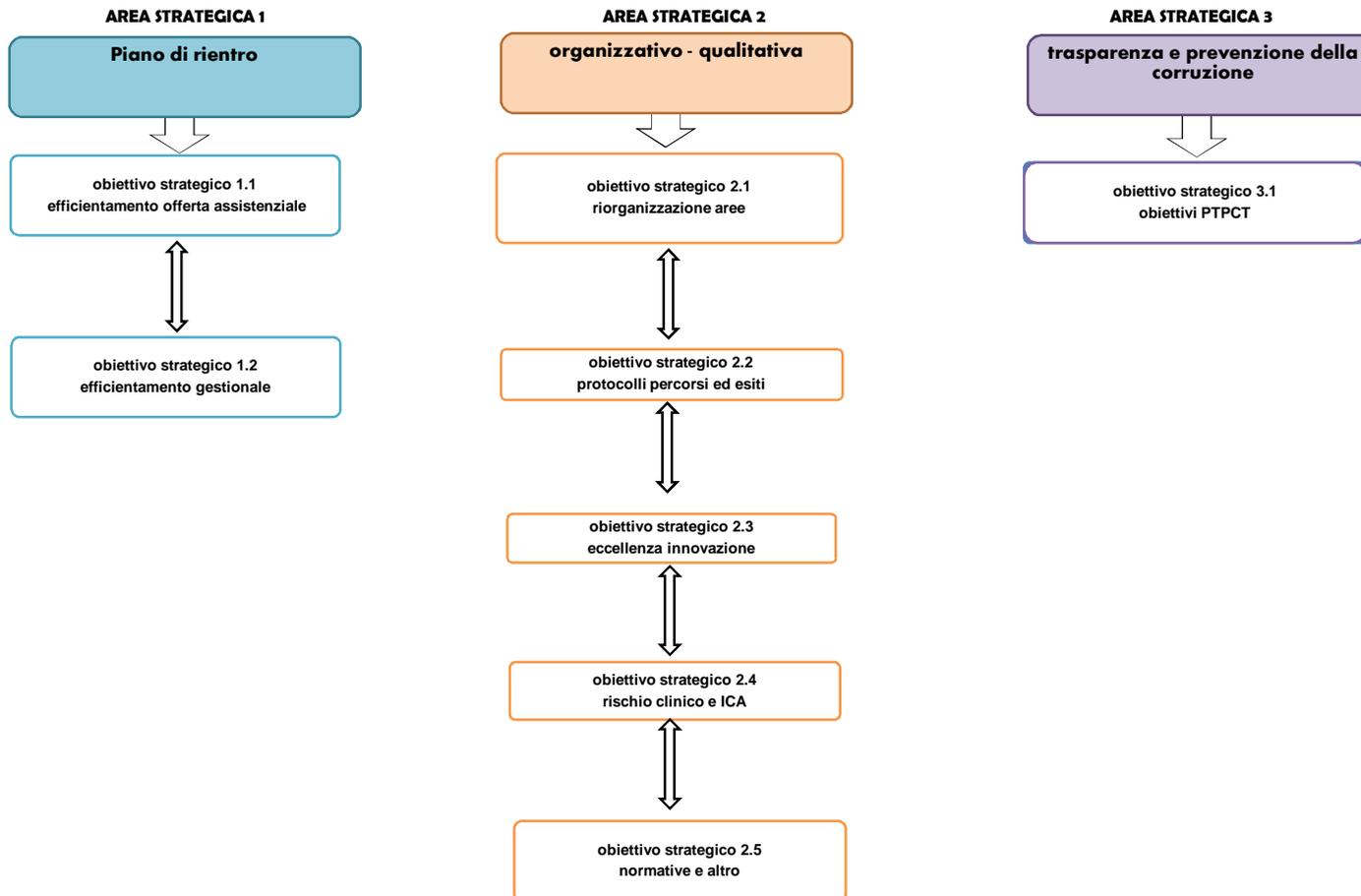
Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si individuano le seguenti azioni\attività da porre in essere per il miglioramento in esame:

- monitoraggio dei regolamenti aziendali al fine di valutarne la congruenza rispetto ai principi introdotti dal D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. ed eventuali interventi modificativi/correttivi;
- ridefinizione della contrattazione integrativa, anche al fine di non incorrere nella sanzione del blocco della distribuzione del salario di risultato, previsto per tutte quelle amministrazioni che non hanno posto in essere sistemi conformi al D.Lgs. 150/09 e s.m.i.;
- potenziamento delle strutture di valutazione e verifica, affinché venga garantito il collegamento tra ciclo di gestione della performance e processo di budget. A tal proposito è prevista l'operatività del nuovo DWH.

8. Allegati

Costituiscono allegati al presente Piano annuale della performance:

- 1) albero della performance;
- 2) gli obiettivi operativi delle strutture aziendali ed i relativi indicatori;
- 3) scheda sintetica di fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano.



obiettivi operativi		INDICATORE	FONTE	PERIODO	2017F	RISULTATO ATTESO	PESO	P.TI	
AREA STRATEGICA 1 - PIANO DI RIENTRO									
obiettivo strategico 1.1. EFFICIENTAMENTO OFFERTA ASSISTENZIALE							totale area	75	
1.1.1	incremento Ricoveri ordinari (abbattuti)	n. RO 2018/n. RO 2017	SIS	ANNO	83,060	88,207			
1.1.2	incremento Ricoveri DH (abbattuti)	n. dh 2018/n. dh 2017			9,614	11,075			
1.1.3	incremento attività ambulatoriale	n. prest. 2018/n. Prest. 2017			20,604	23,773			
1.1.4	File F	costo 2018/costo 2017	UOC farmaceutica		20,539	21,790			
obiettivo strategico 1.2. EFFICIENTAMENTO GESTIONALE									
1.2.1	Personale	costo 2018/costo 2017	UOC politiche del personale e gestione risorse umane	ANNO	122,465	120,638			
1.2.2	Farmaci ed emoderivati	costo 2018/costo 2017	UOC farmaceutica		28,495	29,925			
1.2.3	Dispositivi				22,330	20,280			
	Non chirurgici				15,289	14,417			
	Chirurgici				7,041	5,863			
1.2.4	Altri beni	costo 2018/costo 2017	UOC acquisizione beni e servizi		0,292	0,300			
	Servizi	costo 2018/costo 2017	UOC acquisizione		49,336	50,897			
1.2.5	Servizi sanitari				10,485	11,963			
1.2.6	Servizi non sanitari			38,852	38,934				
AREA STRATEGICA 2 - ORGANIZZATIVO QUALITATIVA							totale area	15	
obiettivo strategico 2.1. RIORGANIZZAZIONE AREE									
	Procedure Preospedalizzazione, Ricovero per priorità e intervento (NAGR)	Adesione alle indicazioni su Preospedalizzazione, Priorità ricovero, Programmazione interventi (NAGR) (chirurgie, anestesia, radioterapia)				100%			

2.1.1		Attuazione e verifiche della programmazione chirurgica e della effettiva messa in opera delle procedure e delle indicazioni emanate	NAGR	ANNO		100% ai controlli a campione		
2.1.2.	Ruolo rete regionale perinatale	Attivazione ppII TIN	SIS			≥ 8		
2.1.3	Esami entro 48 ore ai degenti (endoscopia/radiodiagnostica)	% esami ai degenti entro 48 ore/ tot. esami degenti (ESCLUSO URGENZE) (72 ore Addolorata)	ICT order entry DWH			95%		
2.1.4	accreditamento SIED	accreditamento UOC gastroenterologia ed endoscopia digestiva)	ICT order entry DWH			si		
2.1.5	Attivazione laboratorio genetica	Programma definito entro aprile e operativo subito dopo la consegna dei locali	SIS			si		
2.1.6	Unificazione DH medico UOC Medicina gen e Medicina ind. Immun. e protocollo appropriato utilizzo	Unificazione DH medico UOC Medicina gen e Medicina ind. Immun. e protocollo appropriato utilizzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.1.7	Team interdisciplinare piede diabetico	Ambulatorio interdisciplinare piede diabetico - entro giugno	UOC GALP	II sem 2018		si		
2.1.8	Ri-organizzazione area coordinamento cardiologica	Protocollo per gestione condivisa di risorse e procedure (con Cardiologia Urgenza) - entro marzo	DMPO	I trim 2018		SI		
2.1.9	Piano per le dimissioni tempestive UOC geriatria	coordinamento per definizione protocolli Dimissioni Internistiche, ortopediche e di paz. fragili - entro marzo	DMPO	I trimestre 2018		si		
2.1.10	Messa a regime trasferimento in nuovi spazi (UOC nefrologia e dialisi e medicina fisica e riabilitazione e radiologia interventistica)	Programmi e azioni per la piena operatività nei nuovi spazi	DMPO	ANNO		si		
2.1.11	Turnover ppII UOC ortopedia	Attuazione misure ammissione e dimissione pazienti	DMPO			100%		
2.1.12	Attivazione Subintensiva multidisciplinare	Avvio Reparto e protocolli di comanagement e di ammissione - entro marzo	DMPO	I sem 2018		si		
2.1.13	Riduzione attese oltre 30 gg UOSD centro senologia e chirurgia plastica	Incremento della % operate entro 30 gg	DMPO/NAGR	ANNO		+10%		

2.1.14	Ambulatori del sabato	Attivazione di alcuni ambulatori del sabato mattina per almeno 3 specialità tra di loro collegate - avvio entro marzo, conclusione giugno	DMPO/ SIS	I trim 2018/I sem 2018		3 nuovi ambulatori attivi		
2.1.15	Modello dipartimentale: sviluppo e consolidamento	Valutazione e aggiornamento modello dipartimentale - entro marzo	DS	I trim 2018		1 documento valutazione e proposte		
2.1.16	Report mensili su produzione e appropriatezza	1 report divulgato entro il mese successivo alla validazione dei dati insieme al Controllo gestione	UOC pianificazione strategica	ANNO		12 report		
2.1.17	Report mensili su costi e ricavi	1 report divulgato entro il mese successivo alla validazione dei dati insieme al SIS	Direzione strategica			12 report		
2.1.18	Revisione organizzazione interna (anche coordinamento associazioni) UOC URP	Regolamento interno al Servizio con funzioni (inclusa consulta associazioni) e strumenti operativi - entro marzo	DS			1 Regolamento interno attuato		
2.1.19	Progetto di dematerializzazione	Adesione al Contratto Quadro Consip per la Dematerializzazione	Direzione Amministrativa	II sem 2018		sì		
2.1.20	Razionalizzazione e riorganizzazione uffici in termini di risorse umane anche per il contenimento delle ore di straordinario	ore di straordinario 2017 (area amministrativa tecnica)	UOC politiche del personale e gestione risorse umane	ANNO		riduzione obiettivi UUOO		
2.1.21	Sviluppo servizio DS e APA	Incremento casi di day surgery e APA chirurgia generale	GALP			+ 50%		
2.1.22	potenziamento attività (ematologia, patologia clinica, MAR, chirurgia plastica, terapia antalgica, urologia)	incremento attività	SIS			100% dei singoli obiettivi assegnati		

obiettivo strategico 2.2. PROTOCOLLI PERCORSI ED ESITI

2.2.1	Contenimento tempi attesi intervento per cataratta	Riduzione dei tempi di attesa per intervento di cataratta	DMPO / NAGR	ANNO		10 MESI		
2.2.2.	Sviluppo chirurgia oncologica testa-collo	PDPA per la gestione dei pazienti con tumori distretti testa-collo - entro giugno	DMPO	I sem 2018		si		
2.2.3	proporzione di parti cesarei primari	n. p.c.p. /n. tot. p.no pregresso cesareo	SIS/ prevale	ANNO	24,0	25%		

2.2.4	Assistenza pediatrica appropriata in PS	Protocollo recepito nel regolamento DEA - entro marzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.2.5	Protocolli appropriatezza richiesta endoscopie	Protocolli diagnostici EBM (almeno 2) condivisi con i clinici dei reparti. Attivi entro marzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.2.6	Monitoraggio riammissioni post intervento (spalla)	Indicatore Prevale sulle riammissioni in ricovero entro 30 gg dall'intervento	SIS /prevale	ANNO		entro il 25% percentile inferiore		
2.2.7	Programma per accreditamento volontario tra pari	Definizione ed avvio programma di accreditamento volontario tra pari. Attivo entro settembre	DMPO	III trim 2018		si		
2.2.8	Utilizzo appropriato prevenzione e terapia antibiotica UOC ematologia	Protocollo EBM presentato e approvato dal CCICA entro marzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.2.9	Utilizzo appropriato prevenzione e terapia antibiotica nel setting dell'urgenza	Protocollo EBM presentato e approvato dal CCICA entro marzo	CCICA	I sem 2018		si		
2.2.10	Protocolli EBM (UOSD chirurgia maxillofacciale, vitreoretinica e UOC radioterapia)	Protocolli diagnostico terapeutici EBM proposti alla DSA - entro giugno	DSA	I sem 2018		2 / struttura		
2.2.11	Protocolli appropriatezza richiesta esami radiologici a maggior rischio di inappropriata (TC)	Protocolli (almeno 2) condivisi con i clinici di PS e dei reparti. Attivi entro giugno	DMPO	II trim 2018		2		
2.2.12	Protocolli appropriatezza diagnostica in oncologia e in ematologia	Protocolli (almeno 2) condivisi con i clinici dei reparti di Oncologia e di Ematologia. Attivi entro giugno	DMPO	II trim 2018		2		
2.2.13	Protocolli appropriatezza richiesta esami di laboratorio a maggior rischio di inappropriata	Protocolli (almeno 3) condivisi con i clinici di PS e dei reparti. Attivi entro giugno	DMPO	II trim 2018		3		
2.2.14	realizzazione PBM (UOC medicina trasfusionale UOC anestesia e rianimazione /anestesia operatoria)	1/4 PBM prodotti entro marzo	DMPO	II trim 2018		4 anestesia 1 medicina trasf		
2.2.15	Percorso diagnostico terapeutico e protocollo dimissioni pianificate (UOC medicina interna)	Definizione e applicazione di un percorso diagnostico terapeutico pz internistico e di protocollo per le dimissioni pianificate	DMPO /SIS	ANNO		80% dei casi dimessi		

2.2.16	Team interdisciplinare mm autoimmuni (UOC medicina interna ad indirizzo immunologico)	Ambulatorio interdisciplinare mm. autoimmuni - entro giugno	GALP	I sem 2018		si		
2.2.17	Prevenzione Cadute (UOSD medicina interna ad indirizzo endocrino medabolica)	Riduzione numero cadute	UOSD rischio clinico	ANNO		50%		
2.2.18	Monitoraggio ricoveri entro 30 gg dalle dimissioni (UOC geriatria)	Indicatore Prevale sulle riammissioni entro 30 gg da precedente ricovero medico	SIS /prevale			entro il 25% percentile (% inferiore)		
2.2.19	Dimissioni pianificate pz ortopedico (UOC medicina fisica e riabilitazione)	Definizione e applicazione di un protocollo per le dimissioni pianificate pz ortopedico - entro marzo	DMPO			90% dimessi ortopedici		
2.2.20	Assistenza nel fine vita (protocollo end stage)	Sostegno all'attuazione e monitoraggi (almeno 3) con proposte di miglioramento	DMPO			3		
2.2.21	Nuovo regolamento DEA	Coordinamento documento e protocolli presentati per approvazione ed avvio (dal secondo trimestre) - entro marzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.2.22	Ospedale senza dolore	Coordinamento Comitato e riunioni periodiche (almeno 6)	verbali	ANNO		6		
2.2.23	Attuazione Regolamento Posti letto e Bed mar	Report trimestrali alla Direzione sulla attuazione puntuale di quanto previsto dal Regolamento; Emanazione di procedura su gestione tempestiva varie tipologie di dimissioni - entro marzo	DS			4 report e 1 procedura		
2.2.24	Attuazione Regolamento ALPI per definizione tariffe e controlli	Integrazione su tariffe di riferimento e controlli Regolamento ALPI entro giugno	DMPO/ SIS	I sem 2018		si		
2.2.25	Raccolta e sistematizzazione Linee guida e Protocolli	Procedura entro marzo e Repertorio entro dicembre	DMPO	I trimestre /anno		1 Procedura e 1 Repertorio on line		
2.2.26	indicatori di volume ed esito (previsti per singole UUOO chirurgia vascolare, chirurgie generale e generale ind. Oncologico, neurologia, neurochirurgia, cardiologia, MAR, Ortopedia, chir ciclo breve	rispetto indicatori prevale	SIS/ prevale	ANNO		rispetto soglie		

2.2.27	Manuale delle procedure e delle istruzioni operative (UOC anatomia ed istologia patologica)	Manuale proposto per approvazione alla DSA entro settembre	- DSA - DMPO	III trim 2018		si		
2.2.28	Programma per accreditamento volontario tra pari (UOC anatomia ed istologia patologica)	Manuale proposto per approvazione alla DSA entro settembre	- DSA - DMPO	III trim 2018		si		
2.2.29	Miglioramento qualità assistenza	Definizione e attuazione protocollo relativo èer la gestione dei pazienti candidati a trapianto di cellule staminali emopoietiche	DMPO	I trim 2018		si		
2.2.30	Gruppo di lavoro aziendale HTA	1 riunione a trimestre con esiti verbalizzati e divulgati	DS	ANNO		4 verbali riunioni		
2.2.31	Dossier sanitario	Progettazione Dossier sanitario entro marzo - Messa in esercizio entro settembre	DS	I trimestre/ III trimestre		si		
2.2.32	Piani di trattamento individuali Radioterapia	Effettuazione dei Piani richiesti entro il tempo concordato con il clinico	UOC Radioterapia			95%		
2.2.33	Piano anti incendio (collaborazione)	Partecipazione attiva al Piano anti incendio	responsabile piano anti incendio			si		
2.2.34	Aggiornamento manuali e procedure aziendali PAC	linee guida regionali	DA			Delibere adozione procedure aggiornate		
2.2.35	Regolamento Funzione Controllo Interno - processi di Audit	regolamento	DA			Adozione Piano di audit		
2.2.36	Liquidazione fatture nei termini sistema accordo pagamenti	termini accordo /report	UOC pianificazione strategica			rispetto termini accordo		
2.2.37	adozione codice etico	proposta a DA	DA			adozione entro anno		
2.2.38	revisione regolamento donazioni	proposta a DA	DA			adozione entro anno		
2.2.39	Organizzazione e svolgimento ai corsi di formazione aziendale sulla legge Gelli	corsi formazione	UOSD qualità e f			n. corsi formazione		
2.2.40	SPDC - completamento procedure d'insediamento reparto RM	verbale di consegna	DMPO			rinsediamento RM2 entro il 30/03/2018		

2.2.41	Valorizzazione del Patrimonio storico	Invito al Dialogo Competitivo, agli Operatori selezionati	DA	ANNO		Inizio dialogo competitivo entro 15/07/2018		
2.2.42	Definizione e gestione delle procedure concorsuali autorizzate per il 2018 dalla Regione Lazio	atti deliberativi	UOC pianificazione strategica			100% delle procedure concorsuali		
2.2.43	Monitoraggio relativo ai costi del personale con proiezione al 31/12/2018	report alla Direzione strategica	UOC pianificazione strategica			trasmissione mensile		
2.2.44	Contabilizzazione costo del personale ai fini della quadratura con modello di monitoraggio PP e GR	report	UOC pianificazione strategica			report mensili alla Direzione strategica		
2.2.45	Allineamento Libro Cespiti e Contabilità Generale	valorizzazione dei beni mobili aziendali oggetto di inventario straordinario . Ricalcolo costo storico e fondo ammortamento	UOC pianificazione strategica			saldi dei sottoconti di Contabilità Generale dedicati in quadratura con i valori (costo storico e fondo ammortamento) del Libro Cespiti		
2.2.46	procedure di gara in autonomia e aggregate - affidamento gare da cronoprogramma aziendale	delibera	DA			delibera su albo pretorio		
2.2.47	Piano di efficientamento energetico: attivazione interventi cronoprogramma	cronoprogramma	DA			giu-18		
2.2.48	Attivazione concessione del servizio televisori: assistenza tecnica all'installazione	percentuale reparti attivati entro dicembre 2018	DMPO		II trim 2018	70%		
2.2.49	trasferimento reparto Geriatria al II piano corpo D	trasferimento	DMPO		III trim 2018	set-18		
2.2.50	Laboratori citogenetica: presentazione progetto esecutivo al NVR	consegna progetto al NVR	DA	II trim 2018	giu-18			

obiettivo strategico 2.3. ECCELLENZA INNOVAZIONE

2.3.1.	Consolidamento Attività pediatrica	Incremento attività ambulatorio pediatrico	SIS	ANNO		+20%		
2.3.2	Attuazione convenzione universitaria otorino	Stesura protocolli operativi per la partnership	UOSD qualità e formazione			si		
2.3.3	Screening audiologico 2° livello	Funzionamento a regime dello screening audiologico neonatale 2° livello - entro marzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.3.4	Avvio ecoendoscopia	Centro per la diagnosi e cura delle malattie epatobiliari	DMPO	I sem 2018		si		

2.3.5	Sviluppo traumatologia sport	Protocolli diagnostico terapeutici EBM (almeno 2)	DMPO	ANNO		2		
2.3.6	Team multidisciplinari oncologici	Attivazione Prostate Cancer Team	DMPO			si		
2.3.7	Accreditamento JACIE	Ottenimento Certificazione	SIS		10	+20%		
2.3.8	Ambulatori del sabato	Ambulatorio di Ecografie internistiche	GALP			SI		
2.3.9	Messa a regime nuove tecniche diagnostica rapida (UOC patologia clinica)	Protocolli (almeno 2) condivisi con i clinici di PS e dei reparti. Attivi entro marzo	DMPO	I trim 2018		2		
2.3.10	Sviluppo Elettrostimolazione	PDTA scompenso cardiaco e ES - entro giugno	GALP	I sem 2018		si		
2.3.11	Team interdisciplinare piede diabetico	Ambulatorio interdisciplinare piede diabetico - entro giugno	GALP	I sem 2018		si		
2.3.12	Team interdisciplinare mm autoimmuni	Ambulatorio interdisciplinare piede diabetico - entro giugno	GALP	I sem 2018		si		
2.3.13	Controllo infezioni UOC MAR	Partecipazione medici e infermieri a formazione CCICA e adesione a protocolli	UOSD qualità e formazione	ANNO		80% di partecipanti		
2.3.14	Team nutrizionale	coordinamento e funzionamento a regime del Team nutrizionale - entro giugno	DMPO	I sem 2018		si		
2.3.15	Team malattie apparato urinario	Percorso assistenziale pz con malattia renale cronica - condiviso con urologia e medicina - entro giugno	DMPO	I sem 2018		si		
2.3.16	Rete territoriale cardiologia	Potenziamento Ambulatorio Ischemie refrattarie - 2° livello prenotabile per esterni entro marzo	GALP	I trim 2018		+50% disponibilità		
2.3.17	PDTA stroke	Attuazione delle misure contenute nel PDTA 2017 stroke in urgenza-emergenza	DMPO	ANNO		100%		
		Incremento attività di neuroradiologia interventistica (UOC neurologia)	SIS			+ 25%		
2.3.18	Efficiente utilizzo risorse umane (anestesia)	Benchmarking con altri Ospedali confrontabili - entro giugno	DAI/ GRU				si	

2.3.19	Progetto ERAS (chirurgia robotica)	Applicazione protocollo ai pazienti chirurgia generale con indicazione	DMPO			75%		
2.3.20	Accreditamento eccellenza UOSD centro senol	Mantenimento accreditamento	certificazione			si		
2.3.21	Rete territoriale diabetologia e III livello	Ambulatorio del sabato	GALP			si		
2.3.22	Team interdisciplinare piede diabetico	Ambulatorio interdisciplinare	GALP	I sem 2018		si		
2.3.23	Sensibilizzazione alle tematiche trasfusionali	Incontri verbalizzati del SIMT con reparti singoli o aggregati (e BO) on the job	DMPO			5		
2.3.24	Revisione assistenza infermieristica/ostetrica in PS	Valutazione dei fabbisogni di personale e delle funzioni da svolgere secondo modelli alternativi di assistenza	DS	ANNO		3 documenti di proposta (PS, T.I, subintensiva) entro giugno		
2.3.25	Gestione unificata richiesta e consegna referti e cartelle	attivazione del servizio unificato consegna referti e relativo regolamento interno di funzionamento - entro marzo	DS	I trim 2018		si		
2.3.26	Coordinamento e linee guida per cartella clinica informatizzata e braccialetto pz	Procedura entro marzo e 100% di realizzazione nei vari reparti entro giugno	ICT	I trim / I sem 2018		1 Procedura; 100% sezioni cartella sono attive; 100% pazienti con braccialetto		
2.3.27	Informazioni sanitarie presenti su DWH da varie fonti	Definizione dei dati sanitari per la Direzione attraverso il DWH (flussi da debito informativo e flussi interni) e verifica della qualità del dato prodotto (precisione, dettaglio, comparazione)	Pianificazione strategica / ICT	ANNO		1 documento di riferimento. 100% dati verificati		
2.3.28	Aggiornamento sito internet	Completo e tempestivo aggiornamento informazioni di competenza diffuse sul sito	ICT/ RPTC			100% aggiornamenti del sito entro 7 giorni		
2.3.29	Sistemi di accreditamento volontario/professionale	Progetto per sviluppare forme di accreditamento volontario/professionale, condiviso con Reparti/Servizi - entro giugno	DS	I sem 2018		si		

2.3.30	Benchmarking per efficiente utilizzo personale medico	3 Benchmarking per le Aree: Anestesia; Terapia Intensiva; Pronto soccorso e B.O (giugno, settembre, dicembre)	DS/ Pianificazione strategica	ANNO		3 report di benchmarking		
2.3.31	Laboratorio preparazioni NA	Avvio laboratorio allestimento sacche per la NA e relativo regolamento interno di funzionamento - entro marzo	DMPO	I trim 2018		si		
2.3.32	Messa in esercizio DWH	Rilascio in esercizio nuovo DWH con piena funzionalità di produzione dati e manuale utente entro marzo	Pianificazione strategica	I trim 2018		si		
2.3.33	Modello di analisi costo-beneficio e della capacità ottimale di programmi sanitari (servizi, apparecchiature, ecc)	modello analisi costo-beneficio esplicitato e dettagliato entro giugno. Tecniche per predefinire la capacità ottimale di servizi e apparecchiature entro settembre.	Direzione Strategica	I sem 2018/ III trim 2018		1 Modello analisi e 1 Documento di riferimento		
2.3.34	completamento progetti approvati dalla Regione (ingegneria clinica)	% progetti approvati	Programmazione e controllo	ANNO		>= 80%		

obiettivo strategico 2.4. RISCHIO CLINICO E ICA

2.4.1	Terapia nutrizionale (UOC oncologia, medicina interna e interna ad indirizzo immunologico, medicina d'urgenza)	Applicazione indicazioni del Team Nutrizionale	DMPO	ANNO		100%		
2.4.2	Prevenzione Cadute (UOC geriatria / DAI)	Riduzione numero cadute	UOSD risk management			rispetto indicatori singole UUOO		
2.4.3	Controllo Infezioni (indicazioni e sorveglianza CC-ICCA) (UOC ortopedia e traumatologia e neurochirurgia)	Partecipazione medici e infermieri a formazione CCICA e adesione a protocolli (UOC ortopedia e traumatologia e neurochirurgia)	CCICA			80% di partecipanti; 100% adesione		
		Attuazione di quanto previsto dal Piano CCICA 2018 in particolare su Monitoraggio e Formazione operatori dei reparti	CCICA			100%		

2.4.4	Dati di esito UOC chirurgia generale)	Verifica dati esiti post operatori e audit di UOC (dati triennio 2015-2017)	rischio clinico			2 Audit verbalizzati di UOC entro marzo e entro settembre		
2.4.5	Analisi incrociate su mortalità ed eventi avversi	2 report (giugno e dicembre) su mortalità ed eventi avversi in degenza, sale operatorie, PS (incrocio tra varie fonti informative)	DS/ Pianificazione strategica			2 report		
2.4.6	Sviluppo di competenze professionali	Raccolta dati per gruppi professionali omogenei su indici di qualificazione professionale (casistica trattata, esiti ottenuti, riconoscimenti esterni, ecc.) - entro settembre	DS	IV trim 2018		si		
2.4.7	Antibiotic stewardship	Attuazione di quanto previsto dal Piano CCICA 2018 in particolare su Antibiotic stewardship	CCICA	ANNO		100%		

obiettivo strategico 2.5. NORMATIVE ED ALTRO

2.5.1	Attuazione indicazioni regionali 2017 su gravidanza e parto	Adesione alle linee guida - entro marzo	DMPO	I trim 2018		100%		
2.5.2	Rete territoriale cardiologia	Ambulatorio Scopenso - 2° livello prenotabile per esterni entro marzo	GALP	I trim 2018		si		
2.5.3	Qualità alimentazione degenti	Monitoraggi (3 nell'anno) fattori di qualità e proposte di miglioramento		ANNO		3 monit.		
2.5.4	Rete regionale ictus	Attivazione di ulteriori 2 ppll- entro marzo	SIS			si		
2.5.5	Monitoraggio sovraffollamento	Indici regionali	SIS			100%		
2.5.6	Monitoraggio e recupero errori impegnative e SIAS	Riduzione degli scarti SIAS entro il 2% - in collaborazione con Sistema Informatico	Pianificazione strategica			max 2%		
2.5.7	Radioprotezione (collaborazione UOSD Prevenzione e protezione)	Partecipazione attiva all'attuazione nuove norme di radioprotezione	Medico competente			si		
2.5.8	Accoglienza e umanizzazione della Hall	Progetto per rendere la hall più accogliente e funzionale - entro marzo; e successiva attuazione	DMPO	I trim 2018/anno		si		

2.5.9	Monitoraggio su appropriato utilizzo dispositivi medici	Monitoraggio quadrimestrale costi e appropriatezza utilizzo DM più costosi, con tecniche HTA.	Pianificazione strategica	ANNO		3 report di monitoraggio		
2.5.10	Sistema di contabilità analitica aziendale e regionale	Applicazione del sistema di contabilità analitica regionale - secondo i tempi della regione	disposizioni regionali			indicazioni regionali		
2.5.11	Attuazione direttiva 2013/59 Radioprotezione	Attuazione puntuale della nuova Direttiva	DMPO			si		
2.5.12	Redazione progetti esecutivi terza fase ex art. 20 di competenza	trasmissione progetto esecutivo al NVR per approvazione	Pianificazione strategica			dic-18		
2.5.13	ricognizione ed adeguamento ad obblighi di legge del debito informativo v/Anac e Sitar	Report al Direttore Amministrativo	Pianificazione strategica			Relazione al Direttore Amministrativo entro il 31/12/2018		
2.5.14	Assolvimento obblighi fiscali e contributivi	CCNL e normativa di riferimento	Pianificazione strategica			rispetto obblighi		
2.5.15	Applicazione delle nuove procedure di pagamento per le diverse categorie di creditori delle aziende del SSR	Indicazioni fornite dal DCA 504 del 5/12/2017 e del Decreto MEF SIOPE del 25/09/2017	Pianificazione strategica			Presa in carico della funzione di pagamento ai creditori aziendali realizzata tramite il sistema SIOPE entro la scadenza prevista dalla normativa di riferimento		
2.5.16	Aggiornamento censimento apparecchiature	100% delle apparecchiature a qualsiasi titolo presenti è censito - entro settembre	Pianificazione strategica			100% apparecchiature		
2.5.17	liquidazione fatture entro 30 gg (ingegneria clinica)	% fatture liquidate/contestate entro 30 giorni dall'emissione	Pianificazione strategica Bilancio			> 90% fatture liquidate		
2.5.18	Assolvimento obblighi fiscali e contributivi	CCNL e normativa di riferimento	Pianificazione strategica			rispetto obblighi		
2.5.19	Legge Gelli 24/2017	regolamento	Pianificazione strategica		adozione regolamento e aggiornamenti			

AREA STRATEGICA 3 - TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE							totale area	10	
obiettivo strategico 3.1. OBIETTIVI PTPCT									
	3.1.1.	obiettivi da mappatura PTPCT	% obiettivi raggiunti/obiettivi piano	responsabile PCT	ANNO		100%		

