

**PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE**

**2015 – 2017**

**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
- c) 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).

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

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 368/2014 “ Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio” consta di n. 747 così articolati :

ORD/acuti	DH/acuti	ORD/riabil.	DH/riabil.	totale
646	78	20	3	747

Risorse finanziarie (valori in 000 euro- fonte bilancio consuntivo 2014)

valore della produzione	166.879,00
Altri proventi (interessi attivi, proventi straordinari)	1.379,00
costi della produzione	236.439,00
Altri costi (interessi passivi, oneri straordinari)	14.300,00
imposte	9.110,00
risultato economico	-90.110.230,00
indice di copertura del valore della produzione rispetto ai costi complessivi di gestione	65

Dettaglio costi di produzione (valori in 000 euro – fonte bilanci consuntivi 2013 e 2014)

	2013	2014	differenza	Variazione
				%
Beni sanitari	39.217,00	38.452,00	-765,00	-2,0
Beni non sanitari	274,00	279,00	5,00	1,8
servizi	49.205,00	44.461,00	-4.744,00	-9,6
personale	127.590,00	123.965,00	-3.625,00	-2,8
Altri costi	25.843,00	29.282,00	3.439,00	13,3
Totale costi produzione	242.129,00	236.439,00	-5.690,00	-2,3

Risorse umane

Il numero dei dipendenti in servizio al 31 dicembre 2014, 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 2.165 unità (incluso il tempo determinato) così ripartite :

Tipologia personale	2013	2014	differenza	scostamento rispetto all'anno precedente %
Dirigenti medici	514	497	-17	-3,42%
Dirigenti ruolo sanitario non medico	21	19	-2	-10,53%
Comparto ruolo sanitario	1334	1328	-6	-0,45%
Dirigenti altri ruoli	11	11	0	0,00%
Comparto altri ruoli	324	310	-14	-4,52%
<b>TOTALE</b>	<b>2204</b>	<b>2165</b>	<b>-39</b>	<b>-1,80%</b>

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

## ATTIVITA'

Dati riferiti all'anno 2014, 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)

ASSISTENZA OSPEDALIERA	Assistenza ospedaliera per acuti : in day hospital e day surgery	N. ricoveri effettuati in regime di day hospital	2.749
		n. accessi effettuati in regime di day hospital	17.810
		N. ricoveri effettuati in regime di day surgery	3.383
		n. accessi effettuati in regime di day surgery	7.315
	Assistenza ospedaliera per acuti : in degenza ordinaria	N. ricoveri effettuati in regime ordinario	20.562
		N. giorni di degenza ordinaria	176.681
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	N. giorni di degenza per lungodegenti	0
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	N. giorni di degenza per riabilitazione	1.696dh+5.919ord
Attività di pronto soccorso	N. accessi al prontoso soccorso	60.378	
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Attività di laboratorio	535.621	
	Attività di diagnostica strumentale e per immagini	45.296	
	attività clinica	307.678	

### 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, dal Piano di Rientro, dal Piano Sanitario Regionale e dai conseguenti 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. Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Il sistema diventa quindi "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, nel corso del 2015 ha rimodellato la propria organizzazione secondo le linee guida individuate dalla Regione Lazio con il già menzionato DCA n. U00259 del 06/08/2014 "*Approvazione dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio*"

##### **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 dell'azienda attualmente è quella definita dall'Atto aziendale di cui all'art. 3 bis del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., adottato con deliberazione n. 791 del 14/11/2014 successivamente modificata con deliberazioni n. 107 del 18/02/2015, n. 135 del 25/02/2015 e n. 158 del 02/03/2015 approvata dagli organi regionali con DCA U00112 del 19/03/2015, modificata da ultimo con deliberazione n. 762/DG dell'11/09/2015, e riportata nell'organigramma sintetico allegato al presente piano (allegato n. 2).

Essa 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.

L’Azienda 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. L’Azienda riconoscerà ai dirigenti la delega per l’adozione di decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l’Azienda verso l’esterno, nonché la gestione amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo loro assegnate.

I dirigenti sono responsabili dell’attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

La struttura organizzativa dell’Azienda, secondo le previsioni del vigente atto aziendale, è da tempo a regime e verrà modificata allorquando la Regione approverà la proposta del nuovo Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 990/DG del 30 settembre 2011.

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

### **Punti di forza e di debolezza**

Esaminando i punti di forza e di debolezza per macroaree (risorse umane, risorse strumentali ed economiche, sistema organizzativo) valutiamo in primis l’area delle risorse umane, dove i punti di

forza possono essere rinvenuti nelle capacità e competenze professionali, che sono estese e di primordine, e nella disponibilità di un sistema di indicatori per monitorare le principali performance delle diverse tipologie di personale per giungere ad una valutazione. Il che consente di potersi fondare su un piano di performance correlato agli obiettivi e al sistema di incentivazione adeguato e in via di implementazione.

Al contrario si possono individuare dei punti di debolezza nell'assetto organizzativo e nelle capacità e competenze organizzative, riguardo al quale la definizione dell'atto aziendale e le azioni conseguenti alla sua adozione dovrebbero consentire un recupero di qualità significativo.

In particolare la funzione del Dipartimento, quale regolatore delle risorse interne e programmatore delle attività, appare al momento scarsamente significativo.

Altri punti di debolezza vanno ritrovati in un basso senso di appartenenza che si manifesta anche in una conflittualità diffusa che mortifica i rapporti interpersonali e rende difficile la necessaria cooperazione per le finalità aziendali.

Per quel che riguarda le risorse strumentali ed economiche i punti di forza aziendali vengono individuati in un alto livello delle tecnologie disponibili e in una diffusione estesa della maggior parte dei servizi; nel mantenimento della conformità delle infrastrutture agli standard in materia di sicurezza, nella completa informatizzazione dei processi amministrativo – contabili. I punti di debolezza si possono invece individuare nell'area della gestione del patrimonio immobiliare per evitarne l'obsolescenza e nella gestione delle manutenzioni.

Nonostante l'alto livello delle tecnologie, esiste comunque un problema di adeguamento alla globalità dei servizi.

Le carenze maggiori del sistema si evidenziano a livello del sistema organizzativo dove, a fronte di alcuni punti di forza:

- il contrasto alla frammentazione organizzativa attraverso il lavoro di gruppo;
- un adeguato supporto delle informazioni interne ed esterne;
- una buona definizione degli obiettivi a tutti i livelli;

si riscontra una inadeguatezza nella definizione di responsabilità e ruoli all'interno dei processi in un inadeguato approccio al miglioramento continuo e dunque una difficoltà ad intervenire in maniera efficace sui tempi di attesa e sull'immagine aziendale.

Per quel che riguarda la qualità erogata e percepita occorrerà mettere a punto delle metodologie di valutazione più appropriate.

### **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 2014:

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

### Analisi caratteri quali quantitativi

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	50 anni
Età media dei dirigenti (anni)	54 anni
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	- 7,11 %
% dirigenti in possesso di laurea	100 %
Ore di formazione (media per dipendente)	12 ore annue
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	24,76 %
Costi di formazione	98.434

### Analisi benessere organizzativo

INDICATORI	VALORE
Tasso di assenze	22 %
Tasso di richieste di mobilità	%
Tasso di infortuni	8,13 %
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto	2.002 mensili
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti	5.045 mensili
% di personale assunto a tempo indeterminato	0,46 %

### Analisi di genere

INDICATORI	VALORE
% di dirigenti donne	43,07%
% di donne rispetto al totale del personale	60,36 %
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	90 %
Età media del personale femminile non dirigente	48 anni
Età media del personale femminile dirigente	52 anni
Ore di formazione femminile	7.437 annue

## 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 2015-2017 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 Strategico;
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.

## **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) 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), nonché nel regolamento aziendale del Ciclo della Performance:

Il processo di budgeting all'interno dell'azienda è 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, 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;

- attenzione ai vincoli economici.

Si ricorda, inoltre, che la finalità del budget non è quella di ricomprendere, all'interno della scheda, tutte le attività del Centro di Responsabilità attuali e future, ma quella di definire il contributo (ambito e contenuti) che ogni Centro di Responsabilità potrà dare nello svolgimento di quelle azioni e attività che consentano il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La Scheda di Budget è un prospetto sintetico, redatto per i Centri di responsabilità/Titolari di Budget.

E' 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 nell'allegato n. 3

## **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 CDR.

## **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 prerequisite, 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 al momento formalizzato nei vigenti contratti integrativi aziendali delle rispettive aree contrattuali, ed oggetto di prossima revisione in relazione ai principi e agli obblighi individuati dal d.lgs. n. 150 del 2009.

Esso 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.

Ferme restando le prerogative della contrattazione integrativa, rivisitata rispetto ai contenuti del D.Lgs. 150/2009, l’Azienda adatterà il proprio sistema di valutazione della performance e del merito e la correlata premialità descritta nel presente paragrafo, sulla base delle indicazioni che perverranno dai competenti Organi Istituzionali.

## **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, nel Piano Sanitario Regionale e nei conseguenti 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 nei seguenti passi logici:

1. nel mese di settembre, la Direzione Generale, supportata dallo staff, avvia il processo di elaborazione del Piano della performance;
2. nel mese di ottobre, sulla base dei risultati del posizionamento e delle indicazioni strategiche, viene convocata una riunione preliminare di coinvolgimento degli stakeholder, così come previsto dalla norma, per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda;
3. anche sulla base di tali istanze, viene approntata la sezione relativa alle linee di indirizzo strategico del Piano, sottoposta all'analisi ed alla validazione della Direzione Generale ed all'esame tecnico dell'O.I.V.;
4. Tali passi permettono l'approvazione, entro la scadenza di novembre, della relazione previsionale e programmatica e del bilancio di previsione, in coerenza con gli indirizzi strategici del piano;
5. Elaborato il quadro strategico per l'esercizio successivo, il management avvia il processo di elaborazione delle schede di programmazione.
6. Nell'ambito di tale processo vengono definiti gli obiettivi operativi e la ripartizione di risorse che consentono, entro il 31 dicembre, l'elaborazione e l'approvazione del bilancio di previsione e del budget direzionale, in coerenza con gli obiettivi operativi del Piano 7. Dopo l'approvazione degli altri strumenti di programmazione, l'Organismo Indipendente per la Valutazione procede alla validazione preventiva degli indicatori di performance.

Questo ultimo step di analisi consente l'approvazione della Direzione Generale entro il 31 gennaio e l'adozione del Piano.

Allegata al Piano (allegato n. 4) 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.

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 implementazione della contabilità direzionale volto alla attribuzione dei costi reali effettivi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni. Il mantenimento dell'equilibrio finanziario economico e patrimoniale è un obiettivo prioritario per l'Azienda così come la necessità di rispettare i vincoli imposti dalla spending review.

### **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.

Il Piano verrà inoltre integrato con il piano triennale per la trasparenza e la integrità, al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne la massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

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:

- verifica di tutti i regolamenti aziendali al fine di valutarne la congruenza rispetto ai principi introdotti dal D.Lgs. 150/2009 e posta in essere dei relativi 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;
- potenziamento delle strutture di valutazione e verifica, affinché venga garantito il collegamento tra ciclo di gestione della performance e processo di budget.

### **8. Allegati**

Costituiscono allegati al presente Piano annuale della performance:

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

**Albero della Performance  
indicatori**

<b>Decreto del Commissario ad acta n. U00248 del 12 giugno 2015</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Descrizione indicatore</b>
C2a	Indice di performance degenza media per acuti
C3.3	Indice di performance della degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati A
C.14.3	% ricoveri ordinari medici brevi
C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia $\geq$ 65 anni
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital
C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery
C5.3	% prostatectomie transuretrali
C10.2.1	% di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno
C17.1.1	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella
C17.1.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella
C17.5.1	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata
C17.5.2	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata
C8a.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per azienda di erogazione
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza $\leq$ 4h
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza $\leq$ 8h***
C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso
D18	% dimissioni volontarie
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti
F19	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini

**Albero della Performance**  
**Obiettivo preliminare legato agli adempimenti della griglia LEA**

N.	Livello di Assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				9	6	3	0
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1,5	> = 42 %	35 % - 42 %	< 35 % e in aumento	< 35 % e non in aumento
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B patto per la Salute 2010 - 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario.	3	<=0,29	0,29 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione	> 0,39 e non in diminuzione
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	1	< = 18%	18% - 23 %	> 23 % e in diminuzione	>23 % e non in diminuzione
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	>= 55%	30% - 55% <	< 30% e in aumento	< 30% e non in aumento
A*	Ospedaliera	% Ricoveri in DH con finalità diagnostica	1	< 17%	> 25%	> 33 %	> = 33 %
B*	Ospedaliera	Degenza media pre - operatoria interventi chirurgici programmati	1,5	< 1	≥1 e <2	≥2 e <3	≥3

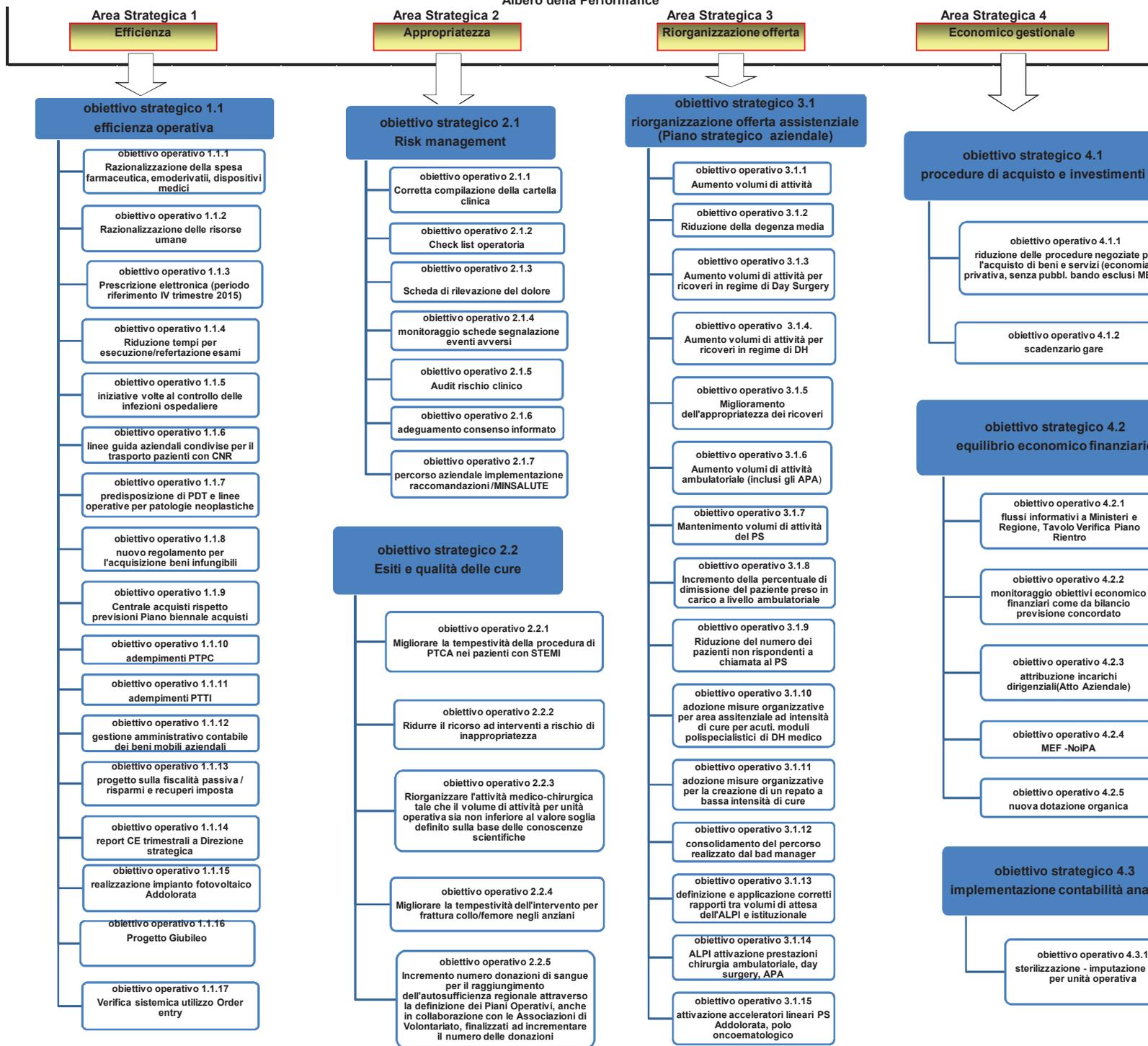
\* Indicatore non presente nella griglia LEA e mutuato dal set utilizzato dal network delle Regioni

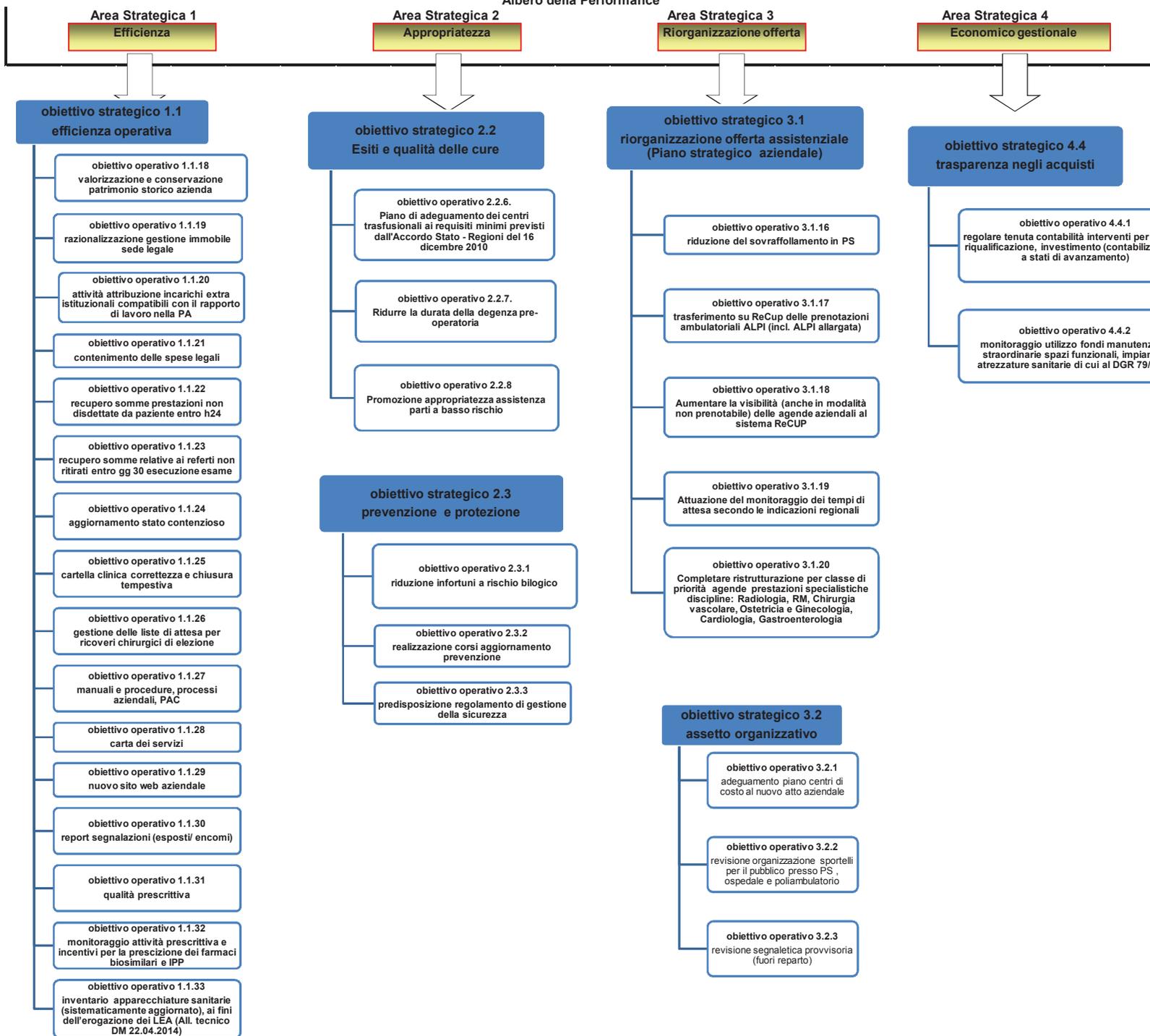
Punteggio	Moltiplicatore
>/= 61	1,00
60	0,93
59	0,86
58	0,79
57	0,71
56	0,64
55	0,57
54	0,50
53	0,43
52	0,36
51	0,29
50	0,21
49	0,14
48	0,07
< 48	Inadempiente griglia Lea - 0,00

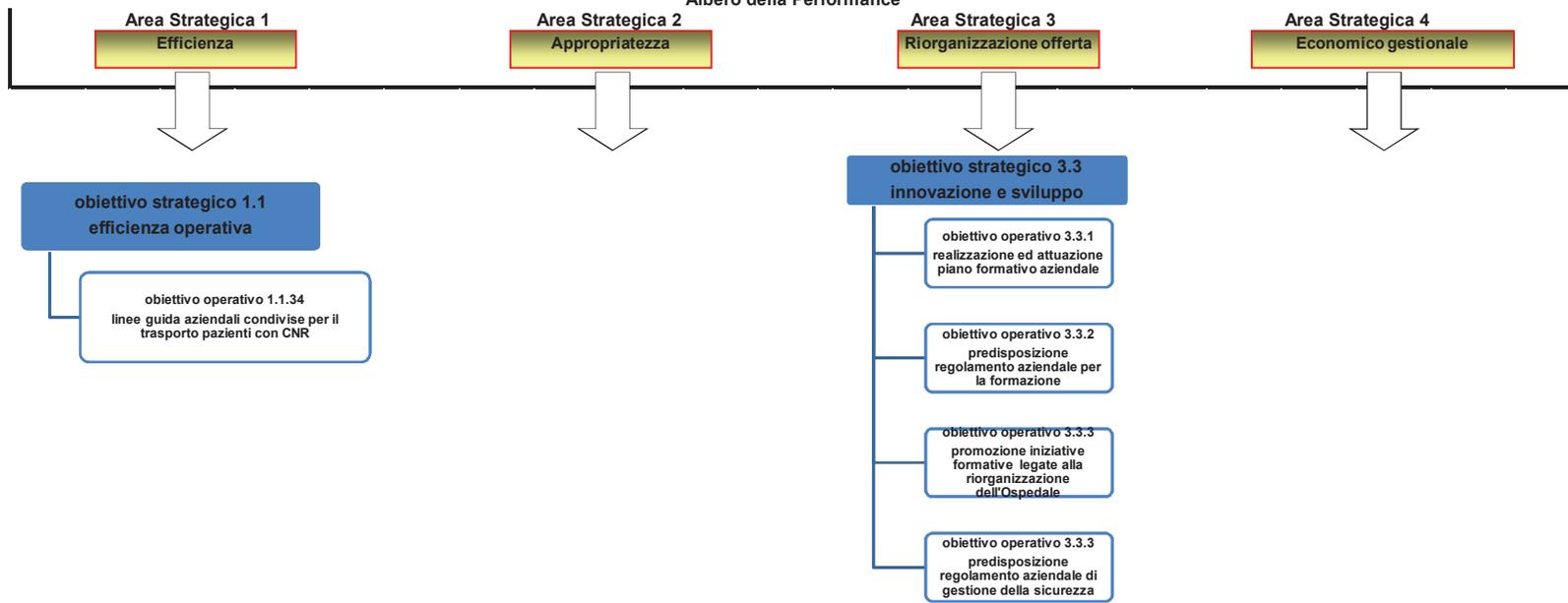
**Albero della Performance**  
**Obiettivo preliminare**

	Valore dell'Indicatore:	
Verifica Raggiungimento dell'Obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda :	Valore dell'Indicatore:	$\frac{\sum_{i=1}^n (CONS\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}{\sum_{i=1}^n (BDG\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}$
> Personale - tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base dell'effettivo numero di cessazioni verificatesi nel corso dell'anno;	Compreso tra 0 e 75% . 0%	
> Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati;	Compreso tra 75% e 85% -	dove "i" sono le singole voci di costo controllabili da parte dell'Azienda
> Altri Beni e Servizi;	Compreso tra 85% e 95 % -	
>Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (Sumaisti);	Compreso tra 95 % e 100 % -100 % completamento.	
> Altre Prestazioni da privato.		

Punteggio	Moltiplicatore
>= 95 %	1,00
94%	0,95
93%	0,90
92%	0,86
91%	0,81
90%	0,76
89%	0,71
88%	0,67
87%	0,62
86%	0,57
85%	0,52
84%	0,48
83%	0,43
82%	0,38
81%	0,33
80%	0,29
79%	0,24
78%	0,19
77%	0,14
76%	0,10
75%	0,05
<75%	inadempiente Equilibrio EcoFin 0,00







**DIPARTIMENTO EMERGENZA E ASSISTENZA INTENSIVA**

<b>U.o.c.</b>	<b>U.o.s.d.</b>
Pronto Soccorso e Breve Osservazione	Radiologia vascolare Interventistica
Medicina d'urgenza	Terapia intensiva post operatoria
Cardiologia d'urgenza con Unità Coronarica	
Ortopedia e traumatologia	
Neurologia con Unità di Trattamento Neurovascolare	
Neurochirurgia	
Anestesia e Rianimazione/Centro di rianimazione polivalente	

**DIPARTIMENTO MEDICINA**

<b>U.o.c.</b>	<b>U.o.s.d.</b>
Medicina interna	Geriatria
Medicina interna ad indirizzo endocrino-metabolico	Scienza dell'alimentazione
Medicina interna ad indirizzo immunologico	Endocrinologia
Cardiologia e riabilitazione cardiologica	Nefrologia e dialisi
Malattie dell'apparato respiratorio ed endoscopia vie aeree	
Medicina fisica e riabilitazione	
Angiologia	

**DIPARTIMENTO CHIRURGIA**

<b>U.o.c.</b>	<b>U.o.s.d.</b>
Chirurgia generale	Centro di senologia
Chirurgia generale ad indirizzo oncologico	Chirurgia endocrino-metabolica
Urologia	Chirurgia plastica e ricostruttiva
Chirurgia vascolare	Patologia del pavimento pelvico ed urogenitale
Anestesia e Rianimazione/Anestesia operatoria	Terapia antalgica

## Allegato 2

### DIPARTIMENTO SPECIALITA'

U.o.c.	U.o.s.d.
Otorinolaringoiatria	Chirurgia maxillo-facciale
Oftalmologia – Banca degli Occhi	Chirurgia vitreoretinica
Ginecologia e ostetricia	
Neonatologia con terapia intensiva neonatale	
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	
Medicina e traumatologia dello sport	
Oncologia	
Ematologia	
Radioterapia	

### DIPARTIMENTO SERVIZI DIAGNOSTICI E MEDICINA TRASFUSIONALE

U.o.c.	U.o.s.d.
Radiodiagnostica	Radiodiagnostica presidio Addolorata
Patologia clinica	Senologia per immagini
Anatomia e istologia Patologica	Genetica medica
Medicina Trasmfusionale	

### DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ASL ROMA C

U.o.c. Servizio Psichiatrico \*

\* dotazione dell'Azienda ASL ROMA C

### DIPARTIMENTO DEL FARMACO INTERAZIENDALE CON AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI, ASL ROMA D e IFO

U.o.c. Farmaceutica

### DIPARTIMENTO DI FISICA MEDICA INTERAZIENDALE CON IFO E AZIENDA ASL ROMA C

U.o.s.d. Fisica medica

## Allegato 2

### DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

U.o.c.
Direzione assistenza infermieristica

### AREA COORDINAMENTO E SUPPORTO ATTIVITA' OSPEDALIERA

U.o.c.
Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri
Gestione ambulatoriale e libera professione

### AREA FUNZIONALE PROMOZIONE QUALITA', SICUREZZA E COMUNICAZIONE (STAFF)

U.o.c.	U.o.s.d.
Pianificazione strategica, budget, controllo di gestione, supporto O.I.V. e controllo interno	Rischio clinico e medicina legale Prevenzione e Protezione Sistema Informativo Sanitario Ufficio relazioni con il pubblico Qualità e formazione

### AREA FUNZIONALE SUPPORTO AMMINISTRATIVO

U.o.c.	U.o.s.d.
Acquisizione beni e servizi	Affari Generali
Economico finanziaria e patrimoniale	Attività amministrativa legale
Gestione e sviluppo delle tecnologie per la comunicazione informatica, uso razionale dell'energia, manutenzione edile ed impiantistica	Sviluppo organizzativo
Progettazione, conservazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare - storico	
Politiche del personale e gestione risorse umane	

	<b>obiettivo</b>	<b>indicatore</b>	<b>standard</b>
<b>obiettivo strategico 1.1 - efficienza operativa</b>			
•obiettivo operativo 1.1.1	Razionalizzazione della spesa farmaceutica, emoderivati, dispositivi medici	farmaci/ emoderivati $\Sigma$ (CE cons 2015 - CE budget 2015)	$\leq 0$
		dispositivi medici $\Sigma$ (CE cons 2015 - CE IV trimestre 2014)	$\leq 0$
•obiettivo operativo 1.1.2	Razionalizzazione delle risorse umane	monte ore straordinario	$\leq 5$
•obiettivo operativo 1.1.3	Prescrizione elettronica (periodo riferimento IV trimestre 2015)	rapporto n. prescrizioni elettroniche / n. prescrizioni erogate nel IV trimestre	<50%: inadempiente; ≥50% e <80%: parz. ademp. ≥80% totalmente adempiente
•obiettivo operativo 1.1.4	Riduzione tempi per esecuzione/refertazione esami	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.
•obiettivo operativo 1.1.5	iniziative volte al controllo delle infezioni ospedaliere	implementazione precauzioni standard transmission based infection controls bundles	monitoraggio per la valutazione dell'efficacia ed aderenza alle misure adottate
•obiettivo operativo 1.1.6	linee guida aziendali condivise per il trasporto pazienti con CNR	protocollo linee guida	linee guida approvate DS
•obiettivo operativo 1.1.7	predisposizione di PDT e linee operative per patologie neoplastiche	PDT e linee operative	4 PDT e linee operative
•obiettivo operativo 1.1.8	nuovo regolamento per l'acquisizione beni infungibili	regolamento	regolamento
•obiettivo operativo 1.1.9	Centrale acquisti rispetto previsioni Piano biennale acquisti	report semestrale stato avanzamento Piano biennale acquisti	2 report
•obiettivo operativo 1.1.10	adempimenti PTPC	obblighi di cui al PTPC	adempimenti di competenza
•obiettivo operativo 1.1.11	adempimenti PTTI	obblighi di cui al PTTI	adempimenti di competenza
•obiettivo operativo 1.1.12	gestione amministrativo contabile dei beni mobili aziendali	inventariazione e contabilizzazione dei beni mobili nella procedura informatica aziendale	avvio delle procedure
•obiettivo operativo 1.1.13	progetto sulla fiscalità passiva / risparmi e recuperi imposta	dichiarazioni fiscali	progetto fiscalità
•obiettivo operativo 1.1.14	report CE trimestrali a Direzione strategica	report	4
•obiettivo operativo 1.1.15	realizzazione impianto fotovoltaico addolorata	progetto	realizzazione del progetto entro i termini previsti
•obiettivo operativo 1.1.16	realizzazione progetto Giubileo	progetto finanziato	realizzazione del progetto entro i termini previsti

•obiettivo operativo 1.1.17	verifica sistemica utilizzo Order Entry	report prestazioni/consulenze	report semestrali
•obiettivo operativo 1.1.18	valorizzazione e conservazione patrimonio storico azienda	uso delle sale storiche	implementazione e incremento (% di utilizzo) dell'utilizzo
•obiettivo operativo 1.1.19	razionalizzazione gestione immobile sede legale	contratto locazione Lazio Innova	regolamento sulla gestione condivisa immobile
•obiettivo operativo 1.1.20	attività attribuzione incarichi extra istituzionali compatibili con il rapporto di lavoro nella PA	report analitici delle criticità riscontrate	report semestrali
•obiettivo operativo 1.1.21	contenimento delle spese legali	costo spese legali - parcelle ex DM 55/2014	-50% parcelle
•obiettivo operativo 1.1.22	recupero somme prestazioni non disdettate da paziente entro h24	procedura realizzata nel 2014	recupero ≥ 10% delle posizioni creditorie (anche attraverso Equitalia)
•obiettivo operativo 1.1.23	recupero somme relative ai referti non ritirati entro gg 30 esecuzione esame	procedura realizzata nel 2014	recupero ≥ 10% delle posizioni creditorie (anche attraverso Equitalia)
•obiettivo operativo 1.1.24	aggiornamento stato contenzioso	rendicontazione	semestrale
•obiettivo operativo 1.1.25	cartella clinica correttezza e chiusura tempestiva	rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali (su campione 30 ≤ cartelle ≤40 /UOC)	=1
•obiettivo operativo 1.1.26	gestione delle liste di attesa per ricoveri chirurgici di elezione	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	
•obiettivo operativo 1.1.27	manuali e procedure, processi aziendali, PAC	linee guida regionali emanate 1	predisposizione manuale procedure
•obiettivo operativo 1.1.28	carta dei servizi	impegni dell'azienda nei confronti del cittadino utente	SI
•obiettivo operativo 1.1.29	nuovo sito web aziendale	presenza informazioni su reparti, come fare per, servizi, URP e carta dei servizi	SI
•obiettivo operativo 1.1.30	report segnalazioni (esposti/ encomi)	report ai reparti	semestrale
•obiettivo operativo 1.1.31	qualità prescrittiva	numero file trasmessi entro il 20 del mese successivo a quello di riferimento (report trimestrali)	4/4
		<i>N. Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare</i> <i>Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive</i> relativi a fattori di crescita eritrocitari.	Valore dell'indicatore ≥ 80%

•obiettivo operativo 1.1.32	monitoraggio attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci biosimilari e IPP	$\frac{N. Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}$	Valore dell'indicatore $\geq 80\%$
		relativi a fattori di crescita granulocitari	
		$\frac{N. Schede Prescrittive IPP}{N. Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}$	Valore dell'indicatore =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)	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.

obiettivo		indicatore	standard
<b>•obiettivo strategico 2.1 - Risk management</b>			
•obiettivo operativo 2.1.1	Corretta compilazione della cartella clinica	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione $30 \leq \text{cartelle} \leq 40$ /UOC	report semestrali
•obiettivo operativo 2.1.2	Check list operatoria	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione $30 \leq \text{cartelle} \leq 40$ /UOC	report semestrali
•obiettivo operativo 2.1.3	Scheda di rilevazione del dolore	monitoraggio e segnalazione scostamento del rapporto n. cartelle chiuse tempestivamente / n. cartelle cliniche totali = 1, su campione $30 \leq \text{cartelle} \leq 40$ /UOC	report semestrali
•obiettivo operativo 2.1.4	monitoraggio schede segnalazione eventi avversi	invio report nei tempi previsti	$90\% \leq n. \geq 100\%$
•obiettivo operativo 2.1.5	Audit rischio clinico	Numeri di audit effettuati	Almeno 6 audit nel II semestre 2015
•obiettivo operativo 2.1.6	adeguamento consenso informato	nuovo modulo	presentazione nuovo modulo a DS
•obiettivo operativo 2.1.7	percorso aziendale implementazione raccomandazioni /MINSALUTE	raccomandazioni	$1 < \text{percorsi} \leq 2$
<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	proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 min	$\geq 50\%$
•obiettivo operativo 2.2.2	Ridurre il ricorso ad interventi a rischio di inappropriatelyzza	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	$\leq 35\%$
		Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015	$\geq 70\%$
•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	Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	$\leq 3$ o $\geq 100$ NB: il limite inferiore ( $\leq 3$ ) è riferito alla struttura e il limite superiore ( $\geq 100$ ) è riferito alla singola unità operativa
		Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	$\leq 3$ o $\geq 250$

•obiettivo operativo 2.2.4	Migliorare la tempestività dell'intervento per frattura collo/femore negli anziani	proporzione di interventi chirurgici per FCF nell'anziano (età 65 +) eseguiti entro 2 gg dall'accesso nella struttura di ricovero	≥55%
•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	incremento donazioni	5%
•obiettivo operativo 2.2.6	Piano di adeguamento dei centri trasfusionali ai requisiti minimi previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010	Piano di adeguamento dei centri trasfusionali ai requisiti minimi previsti dall'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010	presentazione del piano
•obiettivo operativo 2.2.7	Ridurre la durata della degenza pre-operatoria	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
•obiettivo operativo 2.2.8	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio	Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015
<b>•obiettivo strategico 2.3 - prevenzione e protezione</b>			
•obiettivo operativo 2.3.1	riduzione infortuni a rischio biologico	n. infortuni (infortuni 2014 : 25)	0,3 % ≤ n. infortuni ≥ 1 %
•obiettivo operativo 2.3.2	realizzazione corsi aggiornamento prevenzione	corsi	1 < corsi ≤2
•obiettivo operativo 2.3.3	predisposizione regolamento di gestione della sicurezza	regolamento	SI

**obiettivo**

**indicatore**

**standard**

**obiettivo strategico 3.1 - riorganizzazione offerta assistenziale (Piano strategico aziendale)**

•obiettivo operativo 3.1.1	Aumento volumi di attività	n. dei casi	+ 5%
•obiettivo operativo 3.1.2	Riduzione della degenza media	Degenza media totale per acuti in giorni	Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015
•obiettivo operativo 3.1.3	Aumento volumi di attività per ricoveri in regime di Day Surgery	n. ricoveri	+ 20%
•obiettivo operativo 3.1.4.	Aumento volumi di attività per ricoveri in regime di DH	n. ricoveri	+ 20%
•obiettivo operativo 3.1.5	Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri	riduzione ricoveri inappropriati	-50%
•obiettivo operativo 3.1.6	Aumento volumi di attività ambulatoriale (inclusi gli APA)	n. prestazioni	-12,50%
•obiettivo operativo 3.1.7	Mantenimento volumi di attività del PS	n. accessi in pronto soccorso	mantenimento volumi attività
•obiettivo operativo 3.1.8	Incremento della percentuale di dimissione del paziente preso in carico a livello ambulatoriale	indicatore n. dei casi : 1.300	n. dei casi 2015 : 4.205
•obiettivo operativo 3.1.9	Riduzione del numero dei pazienti non rispondenti a chiamata al PS	indicatore n. dei casi : 3.905	n. di casi 2015 : 1.000
•obiettivo operativo 3.1.10	adozione misure organizzative per area assistenziale ad intensità di cure per acuti. moduli polispecialistici di DH medico		
•obiettivo operativo 3.1.11	adozione misure organizzative per la creazione di un reparto a bassa intensità di cure	realizzazione intervento rimodulazione aree mediche e chirurgiche secondo il modello week e long	realizzazione 1 area chirurgica 1 area medica
•obiettivo operativo 3.1.12	consolidamento del percorso realizzato dal bad manager	rapporto n. letti appoggio/ totale posti letto	-50% letti di appoggio
•obiettivo operativo 3.1.13	definizione e applicazione corretti rapporti tra volumi di attesa dell'ALPI e istituzionale	rapporto provvedimenti adottati/n. UO che non hanno rispettato i rapporti	report 31/12/2015 con indicazione del rapporto ottenuto
•obiettivo operativo 3.1.14	ALPI attivazione prestazioni chirurgia ambulatoriale, day surgery, APA	attivazione prestazioni/tariffazione	100%
•obiettivo operativo 3.1.15	attivazione acceleratori lineari PS Addolorata, polo oncoematologico	attivazione acceleratori	completa attivazione dei due acceleratori
•obiettivo operativo 3.1.16	riduzione del sovraffollamento in PS	Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem.	almeno il 20%
		I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute	3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015
•obiettivo operativo 3.1.17	Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata)	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

•obiettivo operativo 3.1.18	<b>Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP</b>	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
•obiettivo operativo 3.1.19	<b>Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali</b>	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%
•obiettivo operativo 3.1.20	<b>Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline:</b> • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia	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

### obiettivo strategico 3.2 - assetto organizzativo

•obiettivo operativo 3.2.1	<b>adeguamento piano centri di costo al nuovo atto aziendale</b>	piano cdc	100%
•obiettivo operativo 3.2.2	<b>revisione organizzazione sportelli per il pubblico presso PS , ospedale e poliambulatorio</b>	proposta di revisione	presentazione proposta di revisione
•obiettivo operativo 3.2.3	<b>revisione segnaletica provvisoria (fuori reparto)</b>	revisione fuori reparto	≥ 90%

### obiettivo strategico 3.3 - innovazione e sviluppo

•obiettivo operativo 3.3.1	<b>realizzazione ed attuazione piano formativo aziendale</b>	corsi di formazione	≥ 50% PFA
		Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. Eventi formativi	≥ 2 eventi formativi realizzati
		Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. Eventi formativi	≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino
•obiettivo operativo 3.3.2	<b>predisposizione regolamento aziendale per la formazione</b>	regolamento	regolamento

•obiettivo operativo 3.3.3	promozione iniziative formative legate alla riorganizzazione dell'ospedale	eventi formativi	≥ 2 eventi formativi realizzati
•obiettivo operativo 3.3.3	predisposizione regolamento aziendale di gestione della sicurezza	regolamento	regolamento

	<b>obiettivo</b>	<b>indicatore</b>	<b>standard</b>
<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)	rapporto valore spesa procedure negoziate/voce B3 CE (depurato da consulenze rimborsi assicurazioni assegni e contributi)	<10% spesa complessiva beni e servizi
•obiettivo operativo 4.1.2	scadenario gare	report	semestrali
<b>•obiettivo strategico 4.2 - equilibrio economico finanziario</b>			
•obiettivo operativo 4.2.1	flussi informativi a Ministeri e Regione, Tavolo Verifica Piano Rientro	invio flussi nei termini previsti	SI
•obiettivo operativo 4.2.2	monitoraggio obiettivi economico finanziari come da bilancio previsione concordato	segnalazione scostamento da obiettivi economici	SI
•obiettivo operativo 4.2.3	attribuzione incarichi dirigenziali(Atto Aziendale)	atto aziendale	attuazione atto aziendale
•obiettivo operativo 4.2.4	MEF -NoiPA	operazioni ingresso al MEF	100%
•obiettivo operativo 4.2.5	nuova dotazione organica	invio proposta a Regione Lazio	SI
<b>•obiettivo strategico 4.3 - implementazione contabilità analitica</b>			
•obiettivo operativo 4.3.1	sterilizzazione - imputazione costi per unità operativa	contratto Steritalia	avvio progetto pilota UOC oftalmologia
<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)	valutazione della regolare tenuta della contabilità degli interventi per progetto di investimento	≥ 85%
•obiettivo operativo 4.4.2	monitoraggio utilizzo fondi manutenzioni straordinarie spazi funzionali, impianti e attrezzature sanitarie di cui al DGR 79/2014	valutazione della regolare tenuta della contabilità degli interventi per progetto di investimento	≥ 85%

**fasi, soggetti e tempi del processo di redazione, aggiornamento e monitoraggio del Piano**

attività	attori	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen
Avvio del processo di elaborazione del Piano della Performance sulla base del modello definito dall'OIV	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno eventuale creazione di GdL.								
Riunione di coinvolgimento degli stakeholder	Direttore Generale								
Predisposizione delle linee di indirizzo strategico del Piano	Staff Direzione Generale/UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/Comitato di Budget								
Analisi e validazione delle linee d'indirizzo da parte della Direzione generale e dell'OIV	Direzione Generale / OIV								
Approvazione relazione previsionale e programmatica	Direttore Generale								
Predisposizione ed elaborazione schede di programmazione	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/ Comitato di Budget								
Approvazione del budget previsionale	Direttore Generale								
Analisi e condivisione OIV sulla predisposizione degli indicatori di performance	OIV								
Approvazione ed adozione del Piano da parte della Direzione Generale	Direttore Generale								
Attività di monitoraggio in corso d'anno	UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/ Comitato di Budget								
Verifica risultati precedenti e redazione relazione sulla Performance	Staff Direzione Generale / UOC Pianificazione Strategica, Budget, Controllo di Gestione, supporto OIV e Controllo Interno/ Comitato di Budget								
Valutazione dello stato del sistema e relazione conclusiva	OIV								