

Deliberazione Direttore Generale n. 494 del 28/06/2019

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F. e P.I. 04733491007

STRUTTURA PROPONENTE: Controllo di Gestione e Contabilità Analitica
OGGETTO: Approvazione della Relazione sulla Performance anno 2018
L' Estensore: Alberto Ferrari

<p>Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli</p> <p>Parere DA: FAVOREVOLE</p> <p>Motivazione Parere Non Favorevole:</p>
<p>Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Simona Amato</p> <p>Parere DS: FAVOREVOLE</p> <p>Motivazione Parere Non Favorevole:</p>
<p>Il presente provvedimento non necessita di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale.</p> <p style="text-align: right;">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Alberto Ferrari</p>
<p>Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 1202</p> <p>Hash .pdf (SHA256): 6ef55d04a2ce48ffa61089d8ffe8bd63d0575bf8d6b0ac2015a1f96172bca28 Hash .p7m (SHA256): b9280e58ab5d02538502e7fdc991ebc5e86f1cd1a470fcc9b5afa474448d3d3e Firme digitali apposte sulla proposta: COIRO FILIPPO,SGROI DANIELA,FERRARI ALBERTO</p> <p>Il Responsabile del Procedimento: Alberto Ferrari</p> <p>Il Dirigente: Alberto Ferrari</p> <p>Il Direttore del Dipartimento:</p>

IL DIRIGENTE CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITÀ ANALITICA

- Vista** la Deliberazione n. 640 del 09.08.2017 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00424 del 12.10.2017 e pubblicato sul BURL del 24.10.2017 n. 85;
- Visti**
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni con oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421;
 - il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 con oggetto "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
 - il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 con oggetto "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
 - la Legge Regionale 16 marzo 2011 n. concernente "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
 - il Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 avente ad oggetto "Modifiche al Decreto legislativo. 27 ottobre 2009, n. 150 in attuazione dell'art. 17, comma 1, lettera r), della Legge 7 agosto 2015, n. 124;
- Verificato** che non risulta formalmente approvato il Piano triennale della performance relativo al triennio 2018- 2020;
- Viste** le seguenti Deliberazioni aziendali nelle quali, pur in carenza del Piano triennale della performance, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori e i target su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della Performance dell'Azienda per l'anno 2018:
- n. 137 del 16/02/2018 con oggetto "Attività di pianificazione per l'anno 2018 - individuazione obiettivi generali";
 - n. 386 del 25/05/2018 con oggetto "Approvazione documento di budget aziendale (Macrostrutture/UOC/UOSD) per l'anno 2018";

Deliberazione

- Tenuto conto** che la relazione in oggetto è stata validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione nella seduta del 20 giugno 2019, come da nota pervenuta via email in data 26 giugno 2019, presente agli atti d'ufficio;
- Ritenuto** pertanto di procedere:
- all'approvazione della Relazione sulla Performance anno 2018 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1);
 - alla pubblicazione della presente deliberazione sul sito web dell'ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera b) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 7, nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente
- Verificato** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- Attestato** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90;

PROPONE

Per le motivazioni espresse nelle premesse:

- di approvare la Relazione sulla Performance anno 2018, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1);
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web dell'ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera b) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 7, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente "

**IL DIRIGENTE
CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITÀ ANALITICA
(Dott. ALBERTO FERRARI)**

Deliberazione

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00312 del 27.12.2017;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1 del 29.12.2017;
- LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal responsabile in frontespizio indicata;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90;
- VISTI** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di adottare la deliberazione con oggetto “Approvazione della Relazione sulla Performance anno 2018” composta di n. 4 pagine e n. 1 allegato, nei termini indicati;
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web dell'ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera b) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74, nell'apposita sezione “Amministrazione Trasparente”.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo on line dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L.R. 31/10/1996 n.45.

**IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. VITALIANO DE SALAZAR**

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ANNO 2018

PRESENTAZIONE

La presente relazione viene redatta in forma sintetica secondo le indicazioni del DLgs 27 ottobre 2009, n. 150 e successive modificazioni.

Pur in carenza di un formale Piano Triennale della Performance, l'attività di pianificazione per l'anno 2018 si è regolarmente svolta con l'individuazione degli obiettivi generali ed è stata definita con delibera del Direttore Generale n. 137 del 16/02/2018, che ha dato avvio al Ciclo della Performance per l'anno 2018.

Il processo di attribuzione degli obiettivi di budget e di negoziazione degli stessi si è svolto in due livelli:

Primo livello: negoziazione tra Direzione aziendale e Macrostrutture;

Secondo livello: negoziazione tra Macrostrutture e U.O. titolari di budget.

È stato effettuato il monitoraggio infrannuale e, con la redazione di questa Relazione, il Ciclo della Performance per l'anno 2018 può considerarsi concluso.

Gli obiettivi, le fasi, i soggetti coinvolti e le modalità di elaborazione sono indicati nella sopra indicata delibera n. 137/2018.

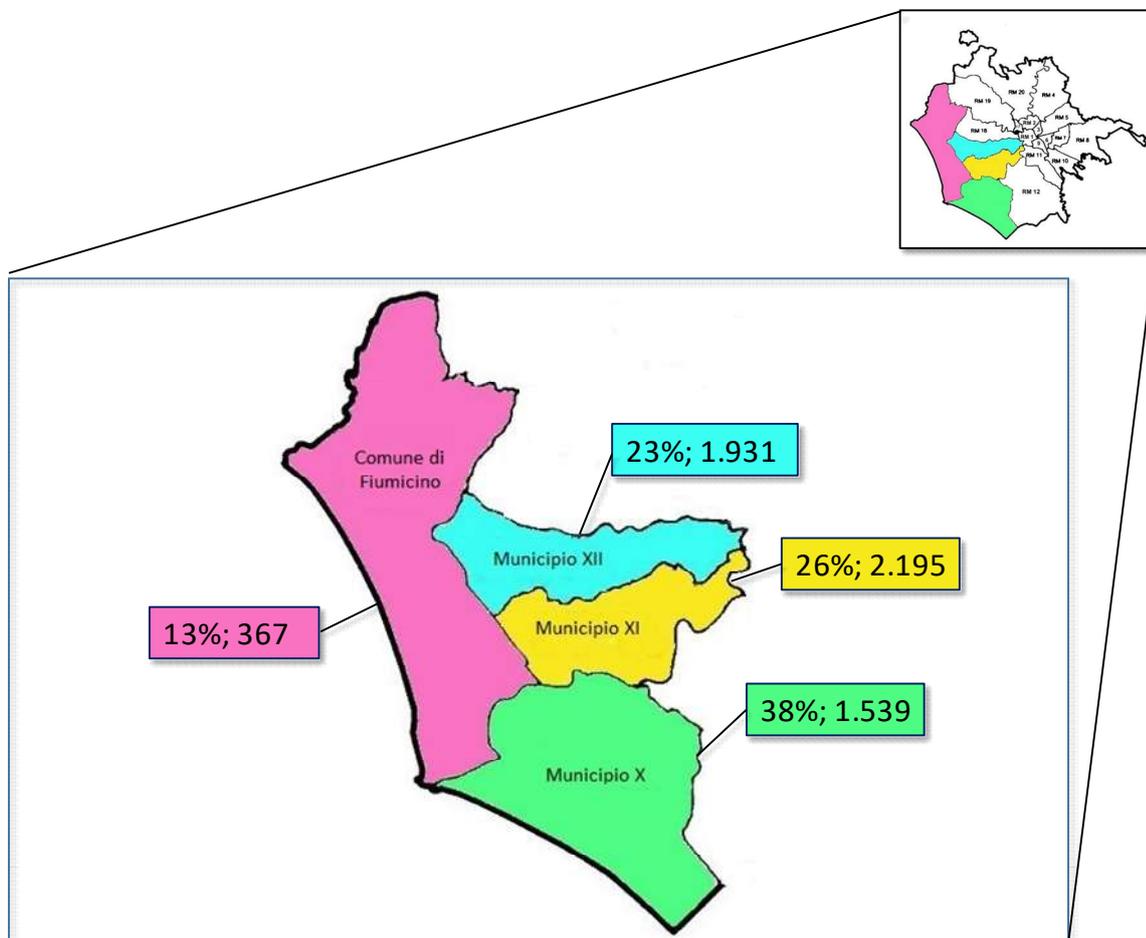
L'AZIENDA ASL RM 3

La Asl Roma 3 opera su un territorio coincidente con la provincia di Roma con una popolazione complessiva di 610.011 abitanti (dati aggiornati al 31.12.2018 dalle anagrafi comunali), distribuiti in 2 comuni, Comune di Roma e Comune di Fiumicino, suddivisi in 4 distretti, Municipio X, Municipio XI, Municipio XII e Comune di Fiumicino.

Di seguito si riporta l'estensione territoriale della ASL Roma 3 con la suddivisione per distretti, la popolazione residente e la densità al Km² (fonte dati Comuni di Roma al 31.12.2018 e Fiumicino al 31.12.2018).

ASL RM3 Distretti	Estensione in km²	% sul totale	Popolazione residente	% sul totale	Densità al Km²
<i>MUNICIPIO X</i>	150.6	29%	231.701	38%	1.539
<i>MUNICIPIO XI</i>	70.9	14%	155.652	26%	2.195
<i>MUNICIPIO XII</i>	73.1	14%	141.141	23%	1.931
<i>COMUNE DI FIUMICINO</i>	222.4	43%	81.517	13%	367
TOTALE	517	100 %	610.011	100%	1.180

Illustrazione topografica dei distretti della ASL Roma 3 con indicata la percentuale di popolazione residente sul totale della popolazione Asl e la densità per Km².



La struttura per età della popolazione mostra una quota significativa di popolazione anziana (21.3% di ultrasessantacinquenni), con cifre che però non si discostano significativamente dalla media regionale che è pari al 20,5 %. La tabella di seguito riportata mostra la distribuzione per classi di età, sesso e distretto della popolazione Asl Roma 3.

Distribuzione per classi di età, sesso e per distretto della popolazione Asl Roma 3

(Popolazione Roma aggiornata al 31/12/2018, Fiumicino aggiornata al 31/12/2018)

Fonti: Anagrafi Comunali

Municipi	Maschi					Totale
	0-14	15-34	35-64	65-74	75 e oltre	
Comune di Fiumicino	6.601	8.388	19.253	3.367	2.846	40.455
Municipio X	17.259	23.125	50.549	10.456	9.680	111.069
Municipio XI	10.755	15.089	33.788	6.837	7.576	74.045
Municipio XII	9.014	12.724	29.068	6.515	7.332	64.653
Tot RM3	43.629	59.326	132.658	27.175	27.434	290.222

Municipi	Femmine					Totale
	0-14	15-34	35-64	65-74	75 e oltre	
Comune di Fiumicino	6.366	8.179	19.080	3.781	3.656	41.062
Municipio X	16.321	22.283	55.162	12.814	14.052	120.632
Municipio XI	10.001	14.211	36.269	9.181	11.945	81.607
Municipio XII	8.502	12.269	34.192	8.876	12.649	76.488
Tot RM 3	41.190	56.942	144.703	34.652	42.302	319.789

Distretto Comune Fiumicino	81.517
Distretto Municipio X (già 13)	231.701
Distretto Municipio XI (già 15)	155.652
Distretto Municipio XII (già 16)	141.141
Totale ASL	610.011

Il numero di assistiti dal SSN residenti nella ASL Roma3 (Fonte: MEF - SistemaTS) è pari a 607.133 unità mentre il numero di assistiti in carico alla Regione è 605.720 di cui 598.775 residenti in regione e 9.511 residenti in altre regioni (mobilità attiva). Risultano inoltre 4.987 residenti assistiti in altre regioni (mobilità passiva).

Relativamente alla medicina di base, l'Azienda opera mediante 434 medici che assistono complessivamente una popolazione pari a 521.380 unità, e 82 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 65.830 unità.

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La ASL Roma 3 con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 640 del 09/08/2017 ha adottato il seguente modello organizzativo approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U00424 del 12/10/2017.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE
AREA DELLE FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE
AREA FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DECENTRATE
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEL FARMACO

La struttura organizzativa dell'Azienda è articolata in unità organizzative di tipo produttivo o di supporto nel cui ambito si aggregano risorse professionali, tecniche e finanziarie che assicurano, attraverso il governo dei processi e delle attività, il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali, organizzative e gestionali delle risorse assegnate, possono essere:

- Strutture Complesse (U.O.C.)
- Strutture semplici a valenza Dipartimentale (U.O.S.D.)
- Strutture semplici (U.O.S.)
- Incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca
- Incarichi di posizione organizzativa

L'Azienda è strutturata in 14 Dipartimenti/Aree di Coordinamento, 47 Strutture Complesse, 16 Strutture semplici a valenza Dipartimentale (Delibera n. 640 del 9/08/2017).

Con Deliberazione n. 796 del 12/11/2018, l'Azienda ha operato una parziale revisione dell'Atto Aziendale, ed è in attesa di approvazione dalla Regione Lazio: il nuovo assetto prevede la strutturazione in 11 Dipartimenti/Aree di Coordinamento, 47 Strutture Complesse, 23 Strutture Semplici di cui 18 a valenza Dipartimentale.

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

L'Azienda è articolata in quattro distretti:

- Distretto Sanitario Comune di Fiumicino con sede in Via degli Orti, 10 – 00054 Fiumicino (ROMA)
- Distretto Sanitario X Municipio con sede in Via Casal Bernocchi, 73 – 00125 ROMA
- Distretto Sanitario XI Municipio con sede in Via Giovanni Volpato, 18 – 00146 ROMA
- Distretto Sanitario XII Municipio con sede presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani in Via Portuense, 292 – 00149 ROMA

Il territorio della ASL è caratterizzato da una rete articolata di strutture pubbliche, private accreditate, classificate ed extraterritoriali, che offrono sia assistenza ospedaliera che territoriale.

L'Azienda eroga direttamente assistenza ospedaliera articolando i posti letto, nell'ambito del Presidio Unico Ospedaliero, nel seguente modo:

- **Giovanni Battista Grassi** di Ostia con sede in Via Giancarlo Passeroni, 28 – 00122 ROMA. Struttura per acuti di complessità medio-alta, sede di DEA di I livello inserito nella rete integrata regionale per l'assistenza al trauma grave e neurotrauma, nella rete regionale per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto (TNV/Pse), nella rete regionale dell'emergenza cardiologia (spoke II), nella rete perinatale con un totale di 239 attivi al 31 dicembre 2016.
- **Centro Paraplegici di Ostia – Gennaro Di Rosa** con sede in Viale Vega, 3 – 00122 ROMA. Struttura specializzata per gli interventi di recupero e riabilitazione, sede di Centro Spinale (Decreto n. 8/2011) con attività finalizzate anche al reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti con un totale di n. 15 posti letto (cod.28).
- **P.O. Integrato Luigi Di Liegro** di Roma con sede in Via dei Badoer, 5 – 00148 ROMA. Struttura per acuti e per la riabilitazione di complessità media che integra le proprie attività con quelle dei Distretti Sanitari XI (ex XV) e XII (ex XVI) Municipio, con un totale di 137 posti letto. L'accreditamento istituzionale della suddetta struttura ai sensi del DCA 361 del 16/11/2016 (Approvazione accordo per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra ASL RM 3 e l'Ospedale Policlinico "L. di Liegro", nell'ambito della disciplina di cui all'art. 8 bis del D.Lgs. n° 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.) è stato confermato con DCA n. 33 del 23/01/2019.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'offerta complessiva di posti letto presso le strutture aziendali a gestione diretta è pari a 321 (HSP12 al 31/12/2018) posti letto per acuti (ricoveri ordinari e day hospital) e 74 posti letto di post-acuzie (cod.56 e cod. 28). Presso le strutture accreditate, classificate ed extraterritoriali l'offerta per acuti è pari a 499 posti letto, a cui si sommano 129 posti letto di lungodegenza e 748 posti letto di riabilitazione.

Composizione in posti letto per disciplina dei presidi ospedalieri a gestione diretta

P.O. G.B. GRASSI	DCA 80/2010		Rimodulazione 2011		HSP 12 (gennaio 2017)		AREA	Riorganizzazione per Aree DCA 368	PPLL attivi al 31/12/2018	
	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH			ORD	DH
Cardiologia	16	1	16	1	16		M	Cardiologia	16	
Chirurgia generale	46	5	46	0	29			Area Medica	58	

								DH Multispecialistico		9	
Medicina generale	73	10	69	10	58	9		Totale	74	9	
Nefrologia	0	2	4	0	0						
Neurologia	3	1	3	1	0		C	Area Chirurgica	58		
								DH Multispecialistico		14+ 3OR L	
Ortopedia	28	2	28	0	29			Totale	58	17	
Ostetricia e ginec.	28	7	28	0	25						
ORL	0	8	0	8	0	0	AC				
Pediatria	11	1	11	1	9	1		UTIC	6		
Terapia intensiva	21	0	21	0	10	0		Terapia intensiva	10		
Unità coronarica	6	0	6	0	6			Astanteria/Breve Osservazione/Medicina D'Urgenza	10		
								Totale	26		
Medica d'urgenza	12	0	16	0	10		MIP	Ostetricia	25		
Psichiatria	16	2	16	2	16	2		Pediatria	9	1	
Neonatologia	8	0	8	0	6			Neonatologia	6		
UTN	6	0	6	0				Totale	40	1	
DS Multidisciplinare	0	0	0	14		17	P	Psichiatria	16	2	
Chirurgia generale 5								Totale	16	2	
Oculistica 2											
Ortopedia 2											
Ginecologia 5											
Totale	274	39	278	37	214	29		Totale	214	29	
dialisi (letti tecnici) nido	16 + 4 emergenza + 2 contumaciali 26 culle										
CPO	DCA 80/2010		Rimodulazio ne 2011		HSP 12 (gennaio 2012)			Riorganizzazione per Aree DCA 368	PPLL attivi al 31/12/2018		
Unità Operative	OR D	DH	ORD	DH	ORD	DH					
unità spinale riabilitazione chirurgia plastica	28 0 0	1	28 0 0	1	28	1		Unità Spinale	14	1	
Totale	28	1	28	1	28	1		Totale	14	1	
dialisi (letti tecnici)	14										
Policlinico Luigi Di Liegro	DCA 80/2010		Rimodulazio ne 2011		HSP 12 (gennaio 2012)			Riorganizzazione per Aree DCA 368	PPLL attivi al 31/12/2018		
Unità Operative	OR D	DH	ORD	DH	ORD	DH	AREA		ORD	DH	
chirurgia generale medicina generale	15 45	5 2			15 45	5 2	M	Area Medica DH Multispecialistico	45	1	

nefrologia	13				13			Totale	45	1
ortopedia	5	3			5	3	C	Area Chirurgica	20	
ginecologia	7	2			7	2		DS Multispecialistico		12
urologia	3	2			3	2		Totale	20	12
riabilitazione	53	6			53	6	R	Riabilitazione	53	6
TOTALE	141	22			141	20		Totale	118	19
dialisi (letti tecnici)	15 + 1 contumacia									

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza sanitaria territoriale delle cure primarie è erogata attraverso l'organizzazione distrettuale, avvalendosi del necessario coordinamento ed approccio multidisciplinare, sia in ambulatorio che a domicilio, fra MMG, servizi di Continuità Assistenziale e poliambulatori specialistici. Essa comprende:

- l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale,
- l'assistenza specialistica ambulatoriale,
- l'assistenza domiciliare, integrativa e protesica,
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- l'assistenza erogata presso i Consultori Familiari,
- l'assistenza farmaceutica,
- cura delle dipendenze.

L'assistenza specialistica ambulatoriale, oltre che negli ambulatori ospedalieri, è stata erogata per il 2018 presso i poliambulatori delle strutture pubbliche e accreditate localizzate nei quattro Distretti come indicato nella tabella seguente:

Poliambulatori di erogazione prestazioni specialistiche suddivisi per distretto indicati per sede.

Distretto Fiumicino	Distretto Municipio X	Distretto Municipio XI	Distretto Municipio XII
3 sedi di erogazione	6 sedi di erogazione	4 sedi di erogazione	4 sedi di erogazione
Fiumicino via Coni Zugna	Acilia	Ponte Galeria	Massimina
Fregene via Pineta	Ostia Antica	Corviale	Colle Massimo
Palidoro Via San Carlo	Ostia Paolini	Vaiano	Consolata
	Casa della Salute di Ostia	PO Di Liegro	Ramazzini
	PO Grassi		
	PO CPO		

PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione concorre all'obiettivo primario di tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro riconducibili ai LEA. Le attività del dipartimento sono svolte in 19 sedi distribuite sul territorio aziendale, comprese le sedi vaccinali.

Il Dipartimento ha il compito anche di promuovere, coordinare e uniformare gli interventi di educazione e promozione della salute programmati dalle strutture aziendali. Le linee di attività sono:

- Promozione della salute e degli stili di vita;
- Tutela della salute pubblica ed immunoprofilassi;
- Tutela della salute negli ambienti di lavoro;
- Tutela e controllo della filiera di produzione degli alimenti sia ad uso animale che umano;
- Tutela della nutrizione umana;
- Tutela della salute animale negli allevamenti, nelle produzioni zootecniche e degli animali domestici;
- Medicina dello sport.

Nell'ambito delle attività di prevenzione la Sanità Pubblica Veterinaria, attraverso le strutture dislocate sul territorio aziendale, assicura i servizi di sorveglianza epidemiologica e profilassi delle malattie infettive degli animali, igiene urbana veterinaria, gestione del canile sanitario sovra zonale di Roma Capitale, controllo dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, controllo igienico-sanitario degli alimenti di origine animale, vigilanza e controllo sugli animali da esperimento, sui mangimi e sui farmaci ad uso veterinario.

RISORSE UMANE E DISTRIBUZIONE DI GENERE

La tabella seguente presenta la situazione del personale dipendente alla data del 31/12/2018 suddiviso per ruolo e per genere: si rileva come la distribuzione per genere presenta un equilibrio per la dirigenza mentre per il comparto il genere femminile rappresenta i due terzi del totale.

PERSONALE	Dotazione Organica	Numero Dipendenti al 31/12/2018		
		Dirigenza		Totale
		Uomini	Donne	
Ruolo Sanitario	541	217	235	452
Ruolo Professionale	2	3	1	4
Ruolo Tecnico	2	1	3	4
Ruolo Amministrativo	10	5	4	9
TOTALE	555	226	243	469



PERSONALE	Dotazione Organica	Numero Dipendenti al 31/12/2018		
		Comparto		Totale
		Uomini	Donne	
Ruolo Sanitario	1.154	269	795	1.064
Ruolo Professionale	3	3		3
Ruolo Tecnico	294	106	105	211
Ruolo Amministrativo	310	70	196	266
TOTALE	1.761	448	1.096	1.544

RISULTATI ECONOMICI E GESTIONALI

Non è stato ancora pubblicato Il bilancio economico di esercizio dell'azienda per il 2018.

Dai dati provvisori relativi al CE del 4° trimestre 2018 si evince che l'azienda ha rispettato quanto concordato con la Regione, con la chiusura del bilancio in pareggio.

La tabella successiva presenta i risultati economici dell'ultimo triennio chiusi in sostanziale equilibrio.

Bilancio Consuntivo	Anno 2018 - CE 4 Trimestre - Dati provvisori	Anno 2017	Anno 2016
Valori da Modello CE in migliaia di Euro			
A-Valore della produzione	1.030.487	1.016.031	1.021.028
B-Costi della produzione	1.025.205	1.009.165	989.053
Differenza tra valore e costi della produzione	5.282	6.866	31.975
C-Proventi e oneri finanziari	-7.657	-8.110	-6.023
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	10.938	10.075	-17.140
X-Risultato prima delle imposte	8.563	8.831	8.812
Y-Imposte e tasse	8.561	8.832	8.819
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	2	-1	-7

Vengono ora illustrati i risultati gestionali delle principali linee di attività per tipologia di assistenza.

Assistenza ospedaliera

RICOVERI ORDINARI									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2017	2018	Differenza Assoluta	Differenza %	2017	2018	Differenza Assoluta	Differenza %
Acuti	GB Grassi	9.390	10.204	814	8,67	26.970.274	30.640.081	3.669.807	13,61
	Di Liegro	2.680	3.129	449	16,75	10.047.167	11.509.098	1.461.931	14,55
Riabilitazione	CPO	80	76	-4	-5,00	2.179.953	2.178.121	-1.832	-0,08
	Di Liegro	545	509	-36	-6,61	3.703.673	3.838.307	134.634	3,64
Totale		12.695	13.918	1.223	9,63	42.901.067	48.165.607	5.264.540	12,27

RICOVERI DAY HOSPITAL-DAY SURGERY									
Tipologia	Istituto	Numero Dimessi				Valore Economico			
		2017	2018	Differenza Assoluta	Differenza %	2017	2018	Differenza Assoluta	Differenza %
Acuti	GB Grassi	2.240	2.075	-165	-7,37	4.019.938	3.993.028	-26.910	-0,67
	Di Liegro	814	1.591	777	95,45	1.152.862	2.261.972	1.109.110	96,20
Riabilitazione	CPO	22	23	1	4,55	114.721	106.490	-8.231	-7,17
	Di Liegro	127	122	-5	-3,94	600.631	595.182	-5.449	-0,91
Totale		3.203	3.811	608	18,98	5.888.152	6.956.672	1.068.520	18,15

PRONTO SOCCORSO OSPEDALE GB GRASSI				
Triage	Numero Accessi			
	2017	2018	Differenza Assoluta	Differenza %
Rosso	2.172	1.779	-393	-18,09
Giallo	13.021	12.793	-228	-1,75
Verde	37.359	39.832	2.473	6,62
Bianco	1.119	1.086	-33	-2,95
Non eseguito	185	110	-75	-40,54
Totale	53.856	55.600	1.744	3,24

PRONTO SOCCORSO OSPEDALE GB GRASSI									
Esito	Numero Accessi 2018 - Triage					Totale 2017	Totale 2018	Differenza Assoluta 2017-2016	Differenza %
	Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Non eseguito				
Domicilio	270	6.756	30.215	746	59	34.068	38.046	3.978	11,68
Ricoverato	960	2.940	3.061	12	22	7.017	6.995	-22	-0,31
Trasferito	318	1.379	905	3	2	2.844	2.607	-237	-8,33
Rifiuta ricovero	71	1.218	1.294	3	3	3.191	2.589	-602	-18,87
Non risponde a chiamata		133	2.558	219	17	5.314	2.927	-2.387	-44,92
Si allontana	58	323	1.787	103	7	1.220	2.278	1.058	86,72
Deceduto in PS	87	44	12			184	143	-41	-22,28
Giunto cadavere	15					18	15	-3	-16,67
Totale	1.779	12.793	39.832	1.086	110	53.856	55.600	1.744	3,24

Dall'osservazione dei dati dell'attività ospedaliera emerge un incremento dei dimessi ordinari sia del Grassi che del Di Liegro nel 2018 rispetto al 2017.

Complessivamente i dimessi ordinari dei tre presidi, Grassi, Di Liegro e CPO sono in incremento del 9,63% con un aumento del valore economico teorico ancora più marcato, pari al 12,27%, segnale di un positivo aumento della complessità assistenziale.

I dimessi in DH al Grassi sono invece in decremento, segno di una maggiore appropriatezza nell'uso di tale tipologia di ricovero e del trasferimento di parte della linea di attività verso quella ambulatoriale.

Tale risultato è confermato dal fatto che pur essendo diminuiti i dimessi (-7,37%), è rimasto sostanzialmente stabile il valore economico (-0,67%).

E' incrementata l'attività in DH del Di Liegro con il raddoppio delle dimissioni.

I dati del PS ci informano di un forte ridimensionamento nel 2018 dei codici di triage rossi e gialli (oltre il 20%) con un incremento del numero totale degli accessi, derivante esclusivamente dai codici verdi.

Ad una prima lettura si può dedurre che il fatto derivi da una maggiore capacità nell'attribuire correttamente il codice di triage. Al tempo stesso si notano alcune potenziali anomalie come il numero dei dimessi a domicilio con codice rosso (270) e Giallo (6.756). Fa riflettere il fatto che i codici Gialli con esito "a domicilio" rappresentino il doppio dei ricoverati con lo stesso codice di triage.

Assistenza territoriale

Confronto Dati di Attività di Specialistica Ambulatoriale degli Esercizi 2017 e 2018

	N. 2018	Valore Teorico 2018	N. 2017	Valore Teorico 2017	Diff. N.	Diff. Valore
Distretto 1 - Comune di Fiumicino	237.961	1.418.914	229.807	1.366.555	8.154	52.360
Distretto 2 - Municipio 10	613.042	3.816.269	576.572	3.512.263	36.470	304.006
Distretto 3 - Municipio 11	156.665	1.424.935	144.880	1.244.624	11.785	180.312
Distretto 4 - Municipio 12	141.172	891.145	138.504	1.014.447	2.668	123.302
Presidi Ospedalieri	888.055	12.443.970	856.563	11.213.499	31.492	1.230.471

Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività nei APA-PAC) - per presidio

	N. Prestazioni			Valorizzazione Economica		
	2018	2017	Variazione %	2018	2017	Variazione %
Distretto 1 - Comune di Fiumicino						
Poliambulatorio Fiumicino	40.855	158.482	-74,2	1.128.441,47 €	1.071.481,47 €	5,3
Poliambulatorio Fregene	30.390	41.675	-27,1	173.931,17 €	174.814,98 €	-0,5
Poliambulatorio Palidoro	166.716	29.642	462,4	116.541,67 €	120.100,79 €	-3,0
TSMREE Giorgis	0	8	-100,0		157,53 €	
					1.366.554,77	
Totale Distretto 1	237.961	229.807	3,5	1.418.914,31 €	€	3,8
Distretto 2 - Municipio 10						
Poliambulatorio Acilia	220.455	227.485	-3,1	1.323.713,40 €	1.426.179,90 €	-7,2
Poliambulatorio Ostia Antica	224.891	121.993	84,3	587.388,91 €	536.386,68 €	9,5
Poliambulatorio Paolini	131.490	27.296		786.645,67 €	588.593,95 €	33,6
Casa della Salute di Ostia	87	199.650	-100,0	1.116.886,49 €	958.416,98 €	16,5
TSMREE Poggio di Acilia	0	148		1.634,67 €	2.685,68 €	-39,1
					3.512.263,19	
Totale Distretto 2	613.042	576.572	6,3	3.816.269,14 €	€	8,7
Distretto 3 - Municipio 11						
Poliambulatorio Corviale	41.244	8.152	405,9	164.001,81 €	154.780,08 €	6,0
Poliambulatorio Di Ponte Galeria	8.739	35.797	-75,6	332.958,13 €	247.246,03 €	34,7
Poliambulatorio Vaiano	106.682	100.931	5,7	927.975,47 €	842.597,75 €	10,1
					1.244.623,86	
Totale Distretto 3	156.665	144.880	8,1	1.424.935,41 €	€	14,5
Distretto 4 - Municipio 12						
Ambulatorio Folchi	65.577	91	71.962,6	1.355,82 €	1.581,79 €	-14,3
Poliambulatorio Colle Massimo	11.196	31.761	-64,7	127.590,05 €	111.743,71 €	14,2
Poliambulatorio Consolata	78	25.162	-99,7	108.199,67 €	105.242,03 €	2,8
Poliambulatorio Massimina	29.402	10.664	175,7	37.300,03 €	34.385,14 €	8,5
Poliambulatorio Ramazzini	34.919	70.826	-50,7	616.699,27 €	761.494,42 €	-19,0
					1.014.447,09	
Totale Distretto 4	141.172	138.504	1,9	891.144,84 €	€	-12,2
Presidi Ospedalieri						
Poliambulatorio CPO	480.214	11.045	4.247,8	244.116,83 €	185.218,22 €	31,8
Poliambulatorio Luigi Di Liegro	14.639	377.893	-96,1	6.727.004,73 €	5.569.609,22 €	20,8
Poliambulatorio G.B. Grassi	393.202	467.625	-15,9	5.472.848,41 €	5.458.671,68 €	0,3

Totale presidi Ospedalieri	888.055	856.563	3,7	12.443.969,97	11.213.499,12		
				€	€		11,0
Prestazioni dialisi							
Poliambulatorio Luigi Di Liegro	40.831	15.016	171,9	1.108.953,73 €	1.059.722,24	€	4,6
Poliambulatorio G.B. Grassi	13.297	39.405	-66,3	3.050.069,95 €	2.984.146,02	€	2,2
Totale dialisi	54.128	54.421	-0,5	4.159.023,68 €	4.043.868,26	€	2,8

Volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) nelle strutture pubbliche per branca

Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni APA/PAC	Prestazioni in dialisi	Totale 2018	Totale 2017	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.455.148			1.455.148	1.373.649	5,9
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	19.171			19.171	14.183	35,2
08	Cardiologia	41.896	4.444		46.340	40.036	15,7
09	Chirurgia generale	11.553	207		11.760	7.947	48,0
12	Chirurgia Plastica	3.846			3.846	4.225	-9,0
15	Medicina dello Sport	65	2.780		2.845	2.613	8,9
19	Endocrinologia	23.595	1.215		24.810	20.764	19,5
29	Nefrologia	4.268	48.024	54.128	106.420	104.306	2,0
							-
30	Neurochirurgia	76			76	303	74,9
32	Neurologia	23.500	1.466		24.966	26.724	-6,6
34	Oculistica	24.826	1.727		26.553	29.303	-9,4
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	18.477			18.477	14.543	27,1
36	Ortopedia e Traumatologia	21.352			21.352	21.134	1,0
37	Ostetricia e Ginecologia	8.129			8.129	8.458	-3,9
							-
38	Otorinolaringoiatria	13.271	133		13.404	20.047	33,1
40	Psichiatria	10.235			10.235	10.917	-6,2
43	Urologia	9.573	1.463		11.036	9.487	16,3
52	Dermosifilopatia	12.430	14.738		27.168	24.681	10,1
							-
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	90.485			90.485	118.394	23,6
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	8.426			8.426	7.082	19,0
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	3			3	0	
64	Oncologia	3.533			3.533	3.492	1,2

68	Pneumologia	11.063		11.063	8.530	29,7	
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	78.438		78.438	63.734	23,1	
79	Risonanza Magnetica Chirurgia ambulatoriale e	9.943		9.943	8.154	21,9	
80	diagnostica invasiva		37.280	37.280	37.797	-1,4	
82	Anestesia	2.167		2.167	2.066	4,9	
99	Altro	15.451	2.498	17.949	18.178	-1,3	
Totale		1.920.920	115.975	54.128	2.091.023	2.000.747	4,5

Valorizzazione teorica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) rese dalle strutture pubbliche per branca

Cod. Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali €	Prestazioni APA/PAC €	Prestazioni in dialisi €	2018 €	2017 €	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	5.517.337			5.517.337	5.303.902	4,0
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	740.964			740.964	538.183	37,7
08	Cardiologia	1.031.281	81.754		1.113.035	960.408	15,9
09	Chirurgia generale	177.338	5.300		182.638	136.417	33,9
12	Chirurgia Plastica	74.576			74.576	83.586	10,8
15	Medicina dello Sport	839	14.499		15.338	14.228	7,8
19	Endocrinologia	348.956	14.819		363.775	306.932	18,5
29	Nefrologia	62.958	366.644	4.159.024	4.588.626	4.428.546	3,6
30	Neurochirurgia	765			765	3.797	79,8
32	Neurologia	320.514	37.622		358.137	379.049	-5,5
34	Oculistica	385.250	98.128		483.378	543.889	11,1
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	454.041			454.041	363.700	24,8
36	Ortopedia e Traumatologia	410.478			410.478	409.226	0,3
37	Ostetricia e Ginecologia	196.410			196.410	219.751	10,6
38	Otorinolaringoiatria	207.734	1.619		209.353	314.144	33,4
40	Psichiatria	173.411			173.411	187.036	-7,3
43	Urologia	185.853	43.200		229.053	200.960	14,0
52	Dermosifilopatia	227.213	256.100		483.313	456.936	5,8
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	693.425			693.425	889.361	22,0
58	Gastroenterologia -	636.782			636.782	538.318	18,3

	Chirurgia ed Endoscopia Digestiva						
61	Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	85					
64	Oncologia	48.764		48.764	48.751	0,0	
68	Pneumologia	218.719		218.719	159.403	37,2	
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	3.786.779		3.786.779	2.926.740	29,4	
79	Risonanza Magnetica	1.482.890		1.482.890	1.230.135	20,5	
80	Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva	1.499.036		1.499.036	1.562.178	-4,0	
82	Anestesia	47.614		47.614	41.763	14,0	
99	Altro	137.573	7.960	145.534	147.919	-1,6	
Totale		17.568.552	2.426.682	4.159.024	24.154.257	22.395.256	7,9

Dai dati di attività si osserva un incremento complessivo dei volumi di attività (+4,5%), incremento ancora più marcato per la valorizzazione economica (+7,9%).

Salute Mentale

	2017	2018
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti		
Prestazioni	85.531	83.675
Utenti Trattati	7.146	6.544
Attività Semi-Residenziale SM Adulti		
Accessi	18.432	19.134
Utenti Inseriti	301	327
Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)		
Accessi	8.633	8.475
Utenti Inseriti	38	38
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE**		
Prestazioni	36.962	34.239
Utenti Trattati	5.529	5.257
Attività Ospedaliera		
Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	364	379
Ricoveri DH SPDC Grassi	0	0
Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	375	410
Ricoveri DH SPDC San Camillo	132	112

Si può notare come nel 2018 risulta incrementata l'attività di ricovero ordinario presso gli SPDC del Grassi e del San Camillo.

Risulta rafforzata l'attività semiresidenziale mentre è in decremento quella ambulatoriale/domiciliare per adulti e per l'età evolutiva.

Prevenzione

Immunoprofilassi

Prestazione	Descrizione prestazione	FIUMICINO		X		XI		XII		Totale	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Tot. soggetti vaccinati	10.165	13.019	24.931	29.097	13.937	14.483	13.004	12.597	62.037	69.196
	N. dosi vaccinazioni totali	15.913	20.235	38.628	44.257	21.462	21.493	19.720	18.532	95.723	104.517
	di cui n. dosi di vaccino MPR	2.351	2.515	5.493	5.920	3.502	2.986	2.486	2.516	13.832	13.937
	di cui n. dosi di vaccino HPV	589	1.069	1.423	2.869	829	1.363	671	1.278	3.512	6.579
campagna antinfluenzale	numero vaccinati nei centri vaccinali	139	340	140	482	86	459	35	278	400	1.559
campagna antipneumococcica	numero vaccinati nei centri vaccinali	51	66	163	170	64	78	89	149	367	463
interventi vaccinali su comunità chiuse	N. dosi di vaccino somministrate	0	0	19	3	105	35	0	0	124	38
Asili nido: Colloquio con genitori e assistenti all'infanzia	n. colloqui	0	0	0	0	18	0	0	0	18	0
Sorveglianza sanitaria su segnalazione	n. interventi	0	0	0	0	25	16	0	0	25	16
Intradermoreazione di Mantoux	numero utenti		0	0	0	0	0	224	1.265	224	1.265
Registrazione certificati vaccinali di altra ASL/Regione	numero vaccinazioni registrate	421	682	1.500	1.561	1.422	1.677	1.161	1.760	4.504	5.680

Screening oncologici

Screening Mammografico

ANNO	2017	2018
popolazione target annua	40.474	41.404
donne invitate grezze	43.863	48.705
solleciti inviati	18.933	26.638
totale inviti ritornati	1.022	1.236
totale escluse dopo l'invito*	1.458	2.672
donne invitate **	42.819	44.797
donne coinvolte***	43.905	49.064
estensione****	101,8%	115,5%
donne rispondenti totali:	14.393	19.773
adesione*****	41,7%	43,0%
donne inviate al 2° livello	926	2.118

Screening Citologico

ANNO	2017	2018
popolazione target annua	57.762	57.903
donne invitate grezze	55.973	62.621
totale inviti ritornati	1.439	1.309
totale escluse dopo l'invito*	1.931	2.429
donne invitate **	54.044	58.909
donne coinvolte***	56.474	63.278
estensione ****	97,8%	107,0%
donne rispondenti totali di cui:	12326	19.287
adesione *****	28,3%	30,0%
pap test totali	12.382	19.258
pap test inadeguati	185	195
donne inviate al 2° livello	402	2.961

Screening del Tumore del Colon-retto

ANNO	2017	2018
popolazione target annua	91.144	92.302
popolazione invitata grezza	97.147	97.544
popolazione maschile grezza	45.152	44.975
popolazione femminile grezza	51.995	52.569
totale inviti ritornati	2.208	2.182
totale esclusi dopo l'invito*	464	682
invitati **	96.696	94.680
coinvolti***	97.263	97.523

estensione****	102,2%	103,4%
rispondenti totali :	18.785	28.051
adesione*****	24,8%	29,4%
inviati al 2° livello	1.220	1.172

*inviti ritornati, trasferiti, già operati, deceduti, esame recente

** esclusi: già operati, esame recente, deceduti, trasferiti, inviti ritornati

*** invitati + spontanei

****(coinvolti - totale inviti ritornati) / popolazione target annua

***** rispondenti / (coinvolti - totale esclusi dopo l'invito)

Risultano notevolmente incrementate, in tutti i distretti, le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, con un totale di soggetti vaccinati che passano da n. 62.037 del 2017 a n. 69.196 del 2018.

È una buona notizia, che dimostra come le opinioni diffuse in questi tempi contro i vaccini non trovano rispondenza nel bacino di utenza della ASL RM3.

Passiamo ora ad osservare i dati sull'attività di screening oncologico.

Come si evince dalla tabella, le adesioni sono in incremento nel 2018 rispetto al 2017.

I risultati conseguiti non sono però pienamente soddisfacenti alla luce della scala di raggiungimento degli obiettivi specifici previsti dal DCA n. U00412 del 2018 che li colloca in una posizione appena superiore al minimo livello conseguibile.

Stante il carattere sintetico della presente relazione, per i dati economici di dettaglio e quelli concernenti le attività gestionali sanitarie, si rimanda alla Relazione sulla gestione e a quella economico-finanziaria, al momento non ancora disponibili, che saranno allegate alla deliberazione di approvazione del bilancio di esercizio 2018.

CICLO DELLA PERFORMANCE, PROCESSO DI BUDGET E RISULTATI

Il Controllo di Gestione ha provveduto a redigere le bozze di schede di budget che successivamente sono state trasmesse via mail ai negozianti di Macrostruttura al fine di condividerle e concertarle con i rispettivi collaboratori.

Gli obiettivi indicati nelle schede di budget sono stati pesati, di concerto con ciascun Responsabile di Macrostruttura, coerentemente agli indirizzi contenuti nel Piano di Rientro della Regione Lazio approvato dalla Giunta Regionale il 12/02/2007 e successivi Decreti del Presidente in qualità di Commissario ad acta (Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008);

Il Direttore Generale in data 23/02/2018 ha avviato gli incontri di budget con tutti i Responsabili delle Macro-Strutture Aziendali che si sono conclusi in data 10/05/2018; successivamente si sono svolti gli incontri tra i negozianti delle Macrostrutture aziendali e i responsabili delle UOC/UOSD loro afferenti.

Le Macrostrutture (e i rispettivi responsabili), con le quali la Direzione Aziendale ha effettuato le negoziazioni di primo livello sono state le seguenti:

Dipartimento di Prevenzione – Dr. Aldo Benevelli;

Dipartimento di Salute Mentale – Dr.ssa Simona De Simone;

Dipartimento di Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria – Dr.ssa Daniela Sgroi;

Dipartimento di Medicina – Dr. Fabrizio Ammirati;

Dipartimento di Chirurgia – Dr. Francesco Pallotta;

Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) – Dr. Giulio Maria Ricciuto;

Dipartimento dei Servizi – Dr.ssa Roberta Di Turi;

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi – Dr. Filippo Coiro;

UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico – Dr.ssa Maria Grazia Budroni

UOC Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero Unico – Dr.ssa Paola Savina

Area Funzionale delle Attività Amministrative decentrate – Dr. Guido Ionta

Area delle Funzioni di Staff alla Direzione Generale:

- UOC Accreditamento, vigilanza e controllo strutture sanitarie – Dr. Giovanni Sacripanti
- UOC Qualità, sicurezza e gestione del rischio – Dr. Gerardo Bruno Antonio Corea
- UOS Flussi sanitari istituzionali – Dr. Gaetano Nucifero
- UOSD Comunicazione e rendicontazione sociale – Dr.ssa Carla Scarfagna
- UOC Sistemi ICT – Dr. Paolo Farfusola
- UOSD Affari generali-Ufficio procedimenti disciplinari – Dr.ssa Cristina Vio

Dipartimento delle professioni sanitarie:

- UOC Servizio infermieristico ed ostetrico ospedaliero – Dr.ssa Gigliola Martinelli

Gli obiettivi generali individuati per l'anno 2018 appartengono alle seguenti classi:

- I. Obiettivi fissati dalla Regione nel Piano di Rientro e successive disposizioni attuative, integrati altresì dai Decreti del Commissario ad Acta;
- II. Obiettivi strategici aziendali così articolati:
 - *Obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario:*
 - prevenzione della salute
 - assistenza territoriale
 - autosufficienza sangue e derivati
 - funzionamento dei pronto soccorso

- appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- esito e appropriatezza clinica
- *Obiettivi di salute e funzionamento di ordine organizzativo:*
 - patrimonio immobiliare e tecnologie sanitarie
 - gestione del personale
 - rischio clinico e sicurezza del paziente
 - appropriatezza farmaceutica
 - trasparenza e Corruzione;
 - attuazione del PAC aziendale;
 - equilibrio economico finanziario.

Gli obiettivi aziendali sono stati individuati nel dettaglio secondo lo schema di seguito riportato:

Area ospedaliera

- riduzione della degenza media
- riduzione dei ricoveri inappropriati
- mantenimento o miglioramento del case mix e del peso medio
- miglioramento dell'attività di Day Surgery
- riduzione dei parti cesarei primari
- gestione e utilizzo degli strumenti di rischio clinico
- monitoraggio della corretta compilazione della check list di sala operatoria e di somministrazione del modulo di consenso informato
- appropriatezza degli esami strumentali
- monitoraggio degli esami ripetuti
- monitoraggio delle infezioni ospedaliere
- monitoraggio degli obiettivi P.Re.Val.E.
- monitoraggio e controllo della chiusura delle cartelle cliniche entro 7 gg
- chiusura delle schede di pronto soccorso < 12 ore
- rapporto pazienti in destinazione/pazienti presenti in PS ore 14:00
- permanenza pazienti con esito ricovero >24 ore
- pazienti in codice rosso in attesa di ricovero > 24 ore
- ottimizzazione uso sale operatorie
- Proporzioni di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90 minuti
- Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria <3 gg

- Proporzioe di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano eseguiti entro 2 gg dall'accesso nella struttura di ricovero
- Internalizzazione della nefrologia–dialisi operante al Di Liegro presso il CPO
- Internalizzazione attività di sostituzione dei dispositivi per elettrostimolazione in fase di "scarica" dal momento della chiusura dell'attività del Di Liegro
- Attivazione emodinamica H24 per entrare nella rete dell'infarto (vedi progetto Telemed ARES 118) e per aumentare la percentuale di pazienti che effettuano angioplastica primaria entro 90 min. (vedi Prevale)
- Miglioramento del rapporto costi / produzione (riduzione del consumo di reagenti, mezzi di contrasto ecc. rispetto al 2015)

Distretti

- riorganizzazione della rete dei servizi territoriali attraverso il potenziamento delle cure primarie
- piena attivazione dei Punti Unici di Accesso
- Case della Salute: implementazione dei PDTA, attuazione di nuovi percorsi
- percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI e registrazione nel SIAT
- implementazione dei PDTA
- aumento del n° di prescrizioni elettroniche effettuate da medici specialistici
- riorganizzazione delle modalità di accesso ai servizi e loro omogeneizzazione nei 4 Distretti
- riorganizzazione delle liste di attesa al fine di renderle accessibili, leggibili e comprensibili da parte dei cittadini
- Gestione e utilizzo degli strumenti di Rischio Clinico
- Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite.
- spesa per integrazione prestazioni infermieristiche, riabilitative e pre assistenza per altissima intensità a favore dei CAD distrettuali resa da parte delle ditte aggiudicatari dell'appalto aziendale.
- Garantire l'estensione dei programmi di screening oncologici (citologico, mammografico, colon retto) al => 95% della popolazione target

Dipartimento di Prevenzione

- gestione del canile sanitario sovrazonale con definizione dei rapporti con Roma Capitale ed il comune di Fiumicino
- omogeneizzazione dei percorsi amministrativi

- potenziamento dei programmi di screening oncologico per raggiungere la copertura prescritta dalla Regione Lazio sulle tre patologie interessate (tumore alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto) e garantire al contempo l'appropriatezza delle prestazioni evitando i casi di overtreatment.

In raccordo con i Distretti:

- sviluppo ed organizzazione delle attività finalizzate al raggiungimento della copertura vaccinale con garanzia dei livelli di prevenzione primaria identificati a livello nazionale e regionale
- sviluppo della copertura per MPR, antimeningococco e HPV attraverso azioni informative preventive e personalizzate, anche telematiche, nonché attraverso il coinvolgimento attivo della pediatria di base
- attivazione di un registro di popolazione sul rifiuto alla vaccinazione
- promozione sicurezza alimentare e servizi veterinari attraverso la realizzazione di una effettiva integrazione tra attività di Sicurezza Alimentare e Servizi Veterinari
- Implementazione del Manuale della Qualità del Dipartimento di Prevenzione
- Promozione attiva della vaccinazione antinfluenzali nei soggetti residenti di 65 anni di età
- Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro: attività di controllo e monitoraggio finalizzata alla promozione della salute nei luoghi di lavoro

Dipartimento di Salute Mentale

- deospedalizzazione, deistituzionalizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale, potenziamento dell'assistenza domiciliare a gestione diretta
- promozione dell'appropriatezza e verifica degli esiti
- Migliorare l'integrazione tra Ospedale e Territorio in riferimento al ricovero dei pazienti con Disturbo Schizofrenico (295.xx)
- riduzione della durata media dei ricoveri
- Identificazione precoce dei Disturbi Gravi in soggetti a rischio di Psicosi in una visione preventiva integrata con UOC TSMREE
- Miglioramento Accessibilità ai servizi della UOC TSMREE
- Differenziazione dell'offerta di Riabilitazione e Residenzialità per livelli di Intensità Riabilitativa ed Assistenziale al fine di migliorare l'appropriatezza dei Trattamenti e ridurre la Disomogeneità

Staff di Direzione e Area Amministrativa

- contenimento dei costi del personale
- formazione e valorizzazione delle risorse umane
- recupero di efficienza nell'acquisizione di beni e servizi
- efficienza e sicurezza nella gestione del patrimonio immobiliare

- sviluppo dei sistemi di controllo interno e gestione contabile
- riorganizzazione delle funzioni
- omogeneizzazione dei percorsi amministrativi
- dematerializzazione
- garanzia della applicazione delle normative sulla “privacy” e di contrasto alla corruzione

Il processo di negoziazione si è concluso con l’approvazione della Deliberazione n. 386 del 25/05/2018: “Approvazione Documento di Budget aziendale (Macrostrutture/UOC/UOSD) per l’anno 2018”.

RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le schede di valutazione sono state validate dai Direttori Sanitario e Amministrativo per la parte di rispettiva competenza.

Il Direttore Generale è intervenuto attivamente nel processo integrando le valutazioni sulla base dei seguenti criteri di carattere generale aziendale:

- valutazione del 100% non accettabile organizzativamente
- considerare il clima organizzativo
- considerare le innovazioni
- considerare i risultati raggiunti nel Pre.val.e

I risultati complessivi conseguiti dalle singole strutture sono stati i seguenti:

Negoziazione di I° livello:

Macrostrutture negoziatrici	Responsabili sottoscrittori di Budget	% raggiung.to Anno 2018
Dipartimento di Prevenzione	A. Benevelli	95%
Dipartimento di Salute Mentale	S. De Simone	90%
Dipartimento di Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria	D. Sgroi	90%
Dipartimento di Medicina	F. Ammirati	80%
Dipartimento di Chirurgia	F. Pallotta	80%
Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)	G.M. Ricciuto	90%
Dipartimento dei Servizi	R. Di Turi	90%
UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero unico	M.G. Budroni	85%

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi	F. Coiro	98%
Area Funzionale delle Attività Amministrative decentrate	G. Ionta	52,5%
UOC Amministrativa Presidio Ospedaliera Unico	P. Savina	93%

Tutte le macrostrutture negoziatrici hanno superato il 50% con un valore medio dell'86% e una variabilità che va dal 52,5% dell'Area Funzionale delle Attività Amministrative decentrate al 98% del Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi.

Per quanto riguarda la Macrostruttura Area delle Funzioni di Staff alla Direzione Generale e il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, la negoziazione è stata effettuata direttamente con i responsabili delle strutture assegnate secondo il seguente schema:

Area delle Funzioni di staff alla Direzione Generale	Responsabili sottoscrittori di Budget	% raggiung.to Anno 2018
UOC Accreditamento, vigilanza e controllo strutture sanitarie	G. Sacripanti	80%
UOC Qualità, sicurezza e gestione del rischio	G. Corea	90%
UOS Flussi sanitari istituzionali	G. Nucifero	90%
UOSD Comunicazione e rendicontazione sociale	C. Scarfagna	90%
UOC Sistemi ICT	P. Farfusola	80%
UOSD Affari generali-Ufficio procedimenti disciplinari	C. Vio	90%

Dipartimento delle Professioni Sanitarie	Responsabili sottoscrittori di Budget	% raggiung.to Anno 2018
UOC Servizio infermieristico ed ostetrico ospedaliero	G. Martinelli	93%

Le strutture appartenenti all'Area delle Funzioni di Staff alla Direzione Generale raggiungono complessivamente un punteggio medio pari all'87%.

Prima di entrare nel merito della valutazione delle singole strutture negoziatrici è necessario rimarcare un particolare aspetto dell'attività svolta nel 2018 relativo ai tempi di liquidazione delle fatture: nel periodo oggetto di osservazione, i dati comunicati dalla Regione Lazio, riferiti al Sistema Pagamenti sono i seguenti:

SCADUTO AL 22/01/2018	INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO ANNO 2017	INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO DICEMBRE 2017
30.851.855,95	35,59	13,69
SCADUTO AL 29/01/2019	INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO ANNO 2018	INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO DICEMBRE 2018
4.815.994,44	41,46	-13,18

RIDUZIONE STOCK DI DEBITO
-84,39%

Come si evince dalla tabella, tra gennaio 2018 e gennaio 2019, su forte impulso della Direzione (attraverso l'adozione di specifiche procedure di liquidazione e numerose riunioni), lo stock di debito si è ridotto del 84,39%. Ovviamente il raggiungimento di tale risultato è stato ottenuto procedendo al pagamento di fatture con una elevata anzianità, generando in tal modo un leggero peggioramento dell'indicatore su base annuale. Appare inoltre evidente che esaurito lo stock di debito "anziano" l'effetto moltiplicativo si esaurisce, infatti prendendo in considerazione il mese di dicembre 2018 l'indicatore presenta un valore negativo (-13,18).

L'Indicatore di tempestività dei pagamenti risultante in azienda (non soltanto quello riferito al Sistema Pagamenti) e pubblicato sul sito aziendale, presenta i seguenti valori:

Anno 2017: 234
 1° Trim 2018: 94
 2° Trim 2018: 65
 3° Trim 2018: 46
 4° Trim 2018: 21
 Anno 2018: 57

Tale risultato è stato possibile grazie ad una radicale riorganizzazione delle linee di attività, che ha comportato un notevole impegno da parte di molte strutture aziendali.

La Regione Lazio, con il DCA 412 del 12/11/2018 - valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali del SSR per l'anno 2018 – ha definito, con riferimento alla tempistica dei pagamenti, indicatori diversi e complessivamente meno penalizzanti rispetto a quelli definiti nelle schede di budget in sede di negoziazione 2018, determinando il raggiungimento dell'obiettivo in capo al Direttore Generale.

Per quanto sopra, gli indicatori in argomento, in coerenza con quelli regionali, sono stati ricondotti agli stessi di cui al DCA 412/18.

Entrando nel merito del grado complessivo di raggiungimento degli obiettivi si osserva quanto segue:

- **Dipartimento di prevenzione**
Sono stati raggiunti gli obiettivi inerenti il coinvolgimento delle strutture del Dip.to e del personale ad esse assegnato nel processo di budget, di qualità delle procedure in materia di organizzazione del servizio, dell'adesione della popolazione agli screening oncologici, della promozione attiva della vaccinazione antinfluenzale, dell'attuazione dei controlli ufficiali, del contenimento del randagismo;
- **Dipartimento di salute mentale**
Sono stati raggiunti gli obiettivi di condivisione con il personale, di riorganizzazione dell'SPDC e delle urgenze, di utilizzo degli strumenti del rischio clinico, dell'attivazione di progetti finalizzati ad interventi precoci, di definizione di percorsi clinici, di miglioramento della comunicazione interna e delle attività formative in house;
- **Dipartimento cure primarie e integrazione sociosanitaria**
Oltre al coinvolgimento delle strutture e del personale del dipartimento, sono stati raggiunti molteplici obiettivi riguardanti la gestione del rischio clinico con n. 5 audit realizzati, la registrazione informatica delle prestazioni, l'attività di assistenza domiciliare, l'implementazione di PDTA, la riorganizzazione delle modalità di accesso ai servizi, l'erogazione delle prestazioni specialistiche critiche secondo le classi di priorità e l'estensione dei programmi di screening oncologici;
- **Dipartimento di medicina**
Sono stati raggiunti pienamente gli obiettivi riguardanti la condivisione con le strutture e con il personale, la proporzione di STEMI trattato con angioplastica entro 90 minuti, l'appropriatezza dei DRG, il rispetto dei tempi di archiviazione attraverso QUASIO on line, il flusso delle prestazioni interne; sono stati inoltre raggiunti parzialmente gli obiettivi inerenti l'attività di oncologia, le dimissioni entro le ore 13 e il sovraffollamento in PS; non risultano raggiunti gli obiettivi sui tempi di attesa del percorso pediatrico e sulla chiusura entro 7 giorni delle cartelle cliniche;
- **Dipartimento di chirurgia**
Anche in questo caso sono stati raggiunti pienamente gli obiettivi riguardanti la condivisione con le strutture e con il personale, le colecistectomie laparoscopiche, le fratture collo-femore, l'appropriatezza dei DRG, il rispetto dei tempi di archiviazione attraverso QUASIO on line, le dimissioni entro le ore 13, la riduzione dei conflitti; sono stati inoltre raggiunti parzialmente gli obiettivi inerenti i parti cesarei primari, il peso medio dei DRG, la proporzione dei DRG medici, il sovraffollamento in PS e la chiusura entro 7 giorni delle cartelle cliniche; non risultano raggiunti gli obiettivi sui tempi di refertazione degli screening e sulle prestazioni per interni;



- **Dipartimento DEA**
Risultano raggiunti gli obiettivi di condivisione, di frattura collo-femore, l'ottimizzazione delle sale operatorie, del flusso per interni, la chiusura delle cartelle cliniche (al 100% entro sette giorni), il rapporto pazienti in destinazione/pazienti presenti in PS alle ore 14, la permanenza superiore alle 24 ore dei pazienti con esito ricovero, i pazienti in codice rosso in attesa di ricovero superiore alle 24 ore, l'analgesia postoperatoria e la partoanalgesia, la valutazione del dolore e lo schema terapia e farmaci per principio attivo, la riduzione degli abbandoni in PS e l'incremento della complessità di ricovero in Medicina d'Urgenza; il parziale raggiungimento riguarda la chiusura delle schede di PS entro le 12 ore e la riduzione dei tempi di attesa dei pazienti ad alta priorità al triage; non risultano raggiunti gli obiettivi sulle liste operatorie e sulla riduzione dei conflitti; il raggiungimento pieno degli specifici obiettivi di PS assegnati al DEA, dipende da tutto il sistema ospedale e ospedale/territorio; in particolare questo obiettivo risente della carenza di posti letto disponibili per il ricovero e anche dalla scarsa offerta di percorsi alternativi al ricovero; gli interventi operati anche con l'ausilio delle direzioni sanitarie hanno permesso di ottenere dei miglioramenti rispetto alla situazione iniziale, ma non sufficienti a garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi;
- **Dipartimento dei servizi**
Gli obiettivi riguardanti la condivisione con il personale, la sorveglianza sul consumo di antibiotici, sul corretto uso dei disinfettanti e sul dosaggio dei mezzi di contrasto in radiologia sono stati raggiunti; risultano altresì raggiunti gli obiettivi sul miglioramento del clima organizzativo della Anatomia e istologia e sulle donazioni di sangue; sono parzialmente raggiunti gli obiettivi sugli ordini informatizzati, sui tempi di refertazione degli screening;
- **UOC Direzione medica di presidio ospedaliero unico**
Raggiunti gli obiettivi di condivisione con il personale, di sorveglianza sul consumo di antibiotici, sul corretto uso dei disinfettanti, sulla umanizzazione delle cure e il rispetto dei tempi di archiviazione attraverso QUASIO on line, sulla corretta compilazione del consenso informato e check list di sala operatoria; sono parzialmente raggiunti gli obiettivi sulle prestazioni per interni e sulla riduzione dei conflitti; sono stati sterilizzati gli obiettivi riguardanti il Pre.Val.E. e l'internalizzazione della Riabilitazione del Di Liegro presso il CPO;
- **Dipartimento per l'amministrazione dei fattori produttivi**
Risultano raggiunti gli obiettivi di condivisione con il personale, rispetto dei tempi di programmazione delle gare, monitoraggio dei risultati economici e del flusso del personale, di aggiornamento dell'anagrafica del personale, monitoraggio del flusso informativo sulle apparecchiature sanitarie e degli interventi in conto capitale, dello stato di attuazione del Piano assunzionale e del contenimento dei tempi medi di reclutamento e della attuazione dei PAC; risulta parzialmente raggiunto l'obiettivo sulla implementazione, monitoraggio e rendicontazione del piano degli acquisti;



- Area funzionale delle attività amministrative decentrate
Risulta raggiunto l'obiettivo dei PAC e, parzialmente, quello sul recupero dei costi sostenuti dall'azienda per le prestazioni di preospedalizzazione non seguite da ricovero per libera scelta del paziente; non raggiunti gli obiettivi della messa a punto della procedura dell'attività intramoenia e del monitoraggio della spesa per integrazione prestazioni infermieristiche, riabilitative e assistenza domiciliare ad altissima intensità; viene sterilizzato l'obiettivo sul monitoraggio del processo di liquidazione in quanto la funzione di RUL è stata attribuita ad altro dirigente a decorrere dal 18/06/2018;

- UOC Amministrativa di presidio ospedaliero unico
Sono raggiunti gli obiettivi di condivisione con il personale degli obiettivi negoziati, di riorganizzazione e ottimizzazione dei processi amministrativi e di partecipazione alla stesura della procedura interna informatizzata del ciclo passivo; è invece parzialmente raggiunto l'obiettivo sulla definizione della procedura e sull'invio mensile del flusso delle prestazioni intermedie;

- Area delle funzioni di staff della direzione generale
 - UOC Accreditamento, vigilanza e controllo strutture sanitarie
Sono raggiunti gli obiettivi riguardanti la vigilanza e verifica sui requisiti di accreditamento e sull'adozione del nuovo manuale di accreditamento;
 - UOC Qualità, sicurezza e gestione del rischio
Risultano pienamente raggiunti tutti gli obiettivi di condivisione con il personale, di revisione e/o implementazione delle procedure in uso in accordo con le raccomandazioni ministeriali, di valutazione qualitativa e quantitativa delle attività di Risk Assessment, di miglioramento della qualità organizzativa e di implementazione del Manuale della Qualità;
 - UOS Flussi sanitari istituzionali
Sono pienamente raggiunti gli obiettivi di condivisione con il personale, di mobilità regionale dei ricoveri dei residenti, di ottemperanza dei flussi ministeriali NSIS, di rilevazione dei volumi delle prestazioni specialistiche e della acquisizione e produzione di reportistica della popolazione residente nel territorio della ASL;
 - UOSD Comunicazione e rendicontazione sociale
Sono tutti raggiunti gli obiettivi di condivisione, di monitoraggio della domanda di salute del territorio con analisi dei disservizi e delle azioni poste in essere per la soluzione;
 - UOC Sistemi ICT
Risultano raggiunti gli obiettivi di condivisione del personale, di alimentazione dati nel sistema regionale Alfresco; è parzialmente raggiunto l'obiettivo inerente la formazione del personale coinvolto nel sistema informatico contabile aziendale AREAS;
 - UOSD Affari generali – ufficio procedimenti disciplinari
Sono raggiunti gli obiettivi di condivisione del personale, di monitoraggio delle convenzioni in essere, di realizzazione di attività formative e di corretto adempimento e monitoraggio delle

fasi di gestione delle assicurazioni aziendali; risulta parzialmente raggiunto l'obiettivo di razionalizzazione del flusso documentale del protocollo aziendale;

- Dipartimento delle professioni sanitarie
 - UOC Servizio infermieristico ed ostetrico ospedaliero
 Risultano parzialmente raggiunti gli obiettivi di rilevazione del fabbisogno di personale e di richieste di farmaci inviate informaticamente alla farmacia; sono tutti raggiunti gli obiettivi di condivisione del personale, di aumento della risposta alla chiamata di reperibilità per esecuzione di procedura PTCA, di inserimento in cartella ostetrica della scheda "cure amiche" al fine di ridurre il ricorso potenzialmente inappropriato al taglio cesareo, di gestione degli alert epidemiologici, di riduzione del rischio clinico, di promozione della qualità dei prelievi citologici, di appropriatezza delle richieste di vitto, di implementazione della cartella infermieristica e di mitigazione dei conflitti.

La valutazione delle Strutture negoziatrici di secondo livello, come indicato nella Deliberazione del Direttore Generale n. 137 del 16/02/2018 (attività di pianificazione per l'anno 2018 – individuazione obiettivi generali) è stata operata dai negoziatori delle Macrostrutture di primo livello. La valorizzazione del raggiungimento degli obiettivi è indicata nelle tabelle di seguito riportate, così come comunicato dagli stessi negoziatori.

Negoziante di secondo livello:

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento di Prevenzione	95%
UOSD Screening, Promozione della Salute, Stili Di Vita	100%
UOSD Canile Sovrazonale e Controllo del Randagismo	100%
UOSD Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	100%
UOC Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche	100%
UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	100%
UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale	100%
UOC Igiene e Sanità Pubblica	100%
UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (parte di competenza Dip. Prevenzione)	95%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento Salute Mentale	90%
UOSD Residenzialità in Salute Mentale	100%
UOSD Prevenzione ed Interventi Precoci in Salute Mentale	100%
UOC Salute Mentale Distretto Comune di Fiumicino	100%
UOC Salute Mentale Distretto X Municipio	100%
UOC Salute Mentale Distretto XI -XII Municipio	100%
UOC Tutela Salute Mentale e Riabilitativa Età Evolutiva	95%
UOC SPDC Osp. G.B. Grassi – Osp. San Camillo	100%
UOC Salute Dipendenze	95%
UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (parte di competenza Dipartimento Salute Mentale)	100%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria	90%
UOSD Attività Specialistica Liste d'Attesa e CUP	90%
UOC Distretto Comune di Fiumicino	90%
UOC Distretto X Municipio	90%
UOC Distretto XI Municipio	90%
UOC Distretto XII Municipio	90%
UOC Medicina Legale	90%
UOSD Riabilitazione Territoriale e Assistenza Protesica	90%
UOC Odontoiatria Preventiva e Sociale	90%
UOC Prevenzione e Tutela della Salute della Coppia	95%
UOC Amministrativa Cure Primarie	85%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento di Medicina	80%
U.O.S.D. Neonatologia	75%
U.O.C. Cardiologia	90%
U.O.C. Nefrologia e Dialisi	90%
U.O.C. Pediatria	60%
U.O.C. Riabilitazione e Centro Spinale CPO	90%
U.O.C. Medicina Ospedale G.B. Grassi	67,5%
U.O.S.D. Oncologia	87,5%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento di Chirurgia	80%
U.O.S.D. Otorino-laringoiatria	73%
U.O.C. Chirurgia Generale Ospedale G.B. Grassi	75%
U.O.S.D. Chirurgia a ciclo breve	83%
U.O.C. Ortopedia	78%
U.O.C. Oculistica	92%
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia	79%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento Emergenza e Accettazione	90%
U.O.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	96%
U.O.C. Anestesiologia e Rianimazione	80%
U.O.S.D. Rianimazione	80%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento dei Servizi	90%
U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica	85%
U.O.C. Diagnostica per Immagini	90%
U.O.C. Assistenza Farmaceutica	95%
U.O.C. Laboratorio Analisi	95%
U.O.C. Servizio Immuno-Trasfusionale (SIMT)	100%

Struttura	% raggiungimento obiettivi
Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi	98%
UOC Risorse Umane	100%
UOC Risorse Economico Finanziarie	100%
UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio	100%
UOC Approvvigionamenti	91%

Analizzando i valori complessivi si osserva nell'insieme una sostanziale coerenza tra i valori di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle singole strutture e il valore complessivo raggiunto dalla macrostruttura valutatrice.

RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Quest'anno, per la valutazione della performance individuale è stato implementato ed utilizzato un software dedicato.

L'Applicazione "Schede di Valutazione", messa a disposizione dei dipendenti dell'Azienda Asl Roma 3, permette la compilazione e la gestione delle schede e del processo di valutazione.

La digitalizzazione di tale processo rientra nel percorso di dematerializzazione in atto presso la pubblica amministrazione. La dematerializzazione assume un ruolo centrale nei temi principali del Codice dell'Amministrazione Digitale.

L'Applicazione permette che la scheda di Valutazione venga processata dal soggetto valutatore e valutato in tempi brevi, facilitando l'interazione tra i vari attori dell'attuale procedura.

Le tabelle seguenti illustrano sinteticamente i risultati raggiunti dalla performance individuale.

I risultati, suddivisi per la dirigenza e per il comparto, espressi sia in valore assoluto che in percentuale, sono ripartiti per classi di punteggio da un minimo di 0,5 ad un massimo di 1,5.

Schede di Valutazione Individuale Anno 2018: DIRIGENZA						
Classe di Punteggio	Numero Schede					Totale
	0,50-0,70	0,70-0,90	0,90-1,10	1,10-1,30	1,30-1,50	
Ruolo Sanitario Dirigenza Medica	5	7	51	117	162	342
Ruolo Sanitario Dirigenza Non Medica			2	14	70	86
Ruolo Professionale					3	3
Ruolo Tecnico					3	3
Ruolo Amministrativo					2	2
TOTALE	5	7	53	131	240	436

Schede di Valutazione Individuale Anno 2018: DIRIGENZA						
Classe di Punteggio	% Schede					Totale
	0,50-0,70	0,70-0,90	0,90-1,10	1,10-1,30	1,30-1,50	
Ruolo Sanitario Dirigenza Medica	1,46	2,05	14,91	34,21	47,37	100
Ruolo Sanitario Dirigenza Non Medica	0,00	0,00	2,33	16,28	81,40	100
Ruolo Professionale	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
Ruolo Tecnico	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
Ruolo Amministrativo	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
TOTALE	1,15	1,61	12,16	30,05	55,05	100

Schede di Valutazione Individuale Anno 2018: COMPARTO						
Classe di Punteggio	Numero Schede					Totale
	0,50-0,70	0,70-0,90	0,90-1,10	1,10-1,30	1,30-1,50	
Ruolo Sanitario	1	5	48	383	725	1.162
Ruolo Professionale						0
Ruolo Tecnico	1	6	30	73	127	237
Ruolo Amministrativo	2	5	38	67	191	303
TOTALE	4	16	116	523	1.043	1.702

Schede di Valutazione Individuale Anno 2018: COMPARTO						
Classe di Punteggio	% Schede					Totale
	0,50-0,70	0,70-0,90	0,90-1,10	1,10-1,30	1,30-1,50	
Ruolo Sanitario	0,09	0,43	4,13	32,96	62,39	100
Ruolo Professionale						
Ruolo Tecnico	0,42	2,53	12,66	30,80	53,59	100
Ruolo Amministrativo	0,66	1,65	12,54	22,11	63,04	100
TOTALE	0,24	0,94	6,82	30,73	61,28	100

Dalla osservazione delle tabelle si nota che i punteggi attribuiti nelle due classi maggiori rappresentano oltre il 85% per la dirigenza e oltre il 92% per il comparto.

Si rileva una discreta capacità dei valutatori nel differenziare i giudizi e le valutazioni dei propri collaboratori, capacità che andrebbe ulteriormente sviluppata per renderla ancora più aderente alla realtà aziendale.

Si rappresenta inoltre che, in base a quanto stabilito dai regolamenti in materia di produttività e retribuzione di risultato vigenti, il salario accessorio viene corrisposto al personale afferente ai centri di responsabilità, sulla base del concreto ed effettivo apporto ai risultati conseguiti, misurato tramite il punteggio di valorizzazione che è definito nell'intervallo di variabilità 0,5 - 1,5.

L'esclusione totale dall'attribuzione del salario accessorio, che corrisponde ad un valore pari a 0, si verifica nei seguenti casi:

- assenza dal servizio per l'intero periodo di riferimento, corrispondente all'anno solare, oppure presenza inferiore nell'anno a 156 ore per il personale del comparto o a 165 ore per la dirigenza;
- irrogazione di sanzione disciplinare superiore alla censura;
- rapporto non esclusivo;
- personale religioso;
- comandati in uscita.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Nell'anno 2018 i punti di forza dell'attività aziendale sono così rappresentati:

- rimappatura dei processi con invio di un nuovo atto di riorganizzazione aziendale per superare la frammentazione organizzativa ed ottimizzare le risorse;
- implementazione di percorsi clinico assistenziali per una maggiore integrazione ospedale/territorio;
- implementazione di strumenti di telemedicina e teleconsulto per migliorare l'assistenza dei pazienti fragili a domicilio;
- coinvolgimento dei medici di medicina generale per la gestione presso le UCP di strumenti di teleconsulto per una maggiore integrazione ospedale territorio;
- implementazione di indicatori per l'allineamento tra obiettivi, processi e risultati a tutti i livelli dell'organizzazione, sostenuta da un efficace sistema di raccolta delle informazioni;
- miglioramento del percorso screening e del percorso vaccinazioni;
- implementazione delle attività erogata dalla UOSD Oncologia con recruitment di 2 nuovi oncologi;
- implementazione di percorsi con l'HUB e con IRCCS per offrire ai cittadini residenti accesso alle migliori tecnologie e tecniche operatorie in tema di cancro della mammella e cancro della prostata, nonché in tema di trattamenti specialistici non presenti presso il Presidio unico ospedaliero; in particolare: trattamenti neurochirurgici, urologici, di chirurgia vascolare, di radiologia interventistica, di trattamenti in chirurgia robotica etc..;
- apertura h 24 della emodinamica del G.B. Grassi da marzo 2018;
- miglioramento dei LEA erogati relativamente alla frattura del collo femore con intervento chirurgico entro 48 ore e trattamento della calcolosi della colecisti;
- programmazione del recruitment delle risorse che dovrebbe trovare pieno compimento entro il 2019;
- miglioramento dei percorsi codice rosa per l'approccio precoce alla violenza di genere con la progettazione di più punti di ascolto.

I punti di debolezza e le minacce per l'anno 2018 sono stati rappresentati da:

- difficoltà di adeguamento al continuo evolversi della programmazione regionale;
- mancanza di una cultura del territorio ad una medicina per intensità di cure e dunque non ospedalecentrica che comporta un sovraffollamento del pronto soccorso con conseguente tasso di ospedalizzazione eccessivo;
- bassa attrattività e mobilità passiva elevata.

Al di là dei singoli aspetti analizzati nella presente relazione, una valutazione d'insieme della performance complessiva dell'azienda, porta ad evidenziare quanto segue:

- sono rispettati i vincoli di bilancio con chiusura in pareggio dell'esercizio economico;
- si è realizzato l'obiettivo della riduzione complessiva dei tempi di pagamento;
- si è avuto un miglioramento dei tempi di reclutamento del personale e nella gestione delle gare di acquisto di beni e servizi;
- l'attività sanitaria dell'ospedale Grassi nei suoi macroaggregati presenta un incremento dei dimessi ordinari (+8,67%) con un ancora più significativo incremento della complessità assistenziale (valore economico: +13,67%);
- i ricoveri in DH presentano una maggiore appropriatezza confermata dalla loro riduzione quantitativa (-7,37%) con una stabilità del valore economico teorico (-0,67%);
- l'appropriatezza è confermata dal trasferimento di parte dell'attività assistenziale verso la specialistica ambulatoriale che è in consistente incremento (prestazioni: +4,5%, valore economico: +7,9%);
- sono incrementati gli accessi in PS che passano dai 53.856 del 2017 ai 55.600 del 2018 (+3,24%);
- risultano in incremento in tutti i distretti, le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate mentre non sono ancora adeguati i risultati degli screening oncologici che, pur essendo in incremento nel 2018 rispetto al 2017, non sono però ancora pienamente soddisfacenti alla luce della scala di raggiungimento degli obiettivi specifici previsti dal DCA n. U00412 del 2018 che li colloca in una posizione appena superiore al minimo livello conseguibile.

Complessivamente l'azienda raggiunge gli obiettivi di budget assegnati alle macrostrutture negoziatrici di primo livello con una media dell'86%.

Risultano positivamente raggiunti gli obiettivi relativi alla gestione del rischio clinico, il trattamento delle fratture collo-femore e quello delle colecisti.

Non è soddisfacente la gestione dei parti cesarei primari.

Le criticità più evidenti, che hanno comportato un parziale raggiungimento degli obiettivi, possono essere ricondotte alla scarsa attenzione nella chiusura di tutte le cartelle cliniche entro 7 gg., alla non ottimale riduzione della degenza media ed il mancato raggiungimento degli obiettivi regionali inerenti i tempi di attesa del Pronto Soccorso.

Trattandosi di obiettivi volti a valutare la qualità dell'assistenza erogata, sarà necessario, per il futuro, attivare tutti gli strumenti a disposizione dell'Azienda per far crescere le suddette performance in una logica di miglioramento continuo dei processi assistenziali.

Per l'anno 2019, in coerenza con il Piano della Performance 2019-2021, l'azienda è impegnata a perseguire:

- maggiore integrazione ospedale-territorio attraverso l'implementazione delle attività in teleconsulto e telemedicina;
- ulteriore sviluppo dei percorsi PDTA;
- riduzione del sovraffollamento in PS;
- riorganizzazione del PS pediatrico;
- riorganizzazione delle attività ostetriche con apertura del Rooming;
- riorganizzazione della erogazione delle prestazioni di screening al fine di aumentarne l'adesione da parte dei cittadini;
- monitoraggio dei LEA per assicurare tutte le prestazioni nei tempi previsti e garantire agli utenti i migliori outcome;

- reingegnerizzazione dei distretti;
- miglioramento della comunicazione con i cittadini.

Oltre naturalmente al rispetto dei vincoli economici del Bilancio di Previsione concordato con la Regione, l'azienda è altresì impegnata a perseguire:

- ulteriore riduzione dei tempi di pagamento;
- ottimizzazione della gestione delle gare per l'acquisto di beni e servizi;
- contenimento dei tempi di reclutamento delle risorse umane;
- dematerializzazione della documentazione amministrativa;
- rispetto della normativa in materia di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione.