

**Deliberazione Direttore Generale n. 77 del 31/01/2019**

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

<b>STRUTTURA PROPONENTE:</b> Controllo di Gestione e Contabilità Analitica
<b>OGGETTO:</b> Approvazione del Piano della Performance 2019 - 2021 L' Estensore: Alessandra Vessicchio

<p><b>Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli</b></p> <p><b>Parere DA:</b> FAVOREVOLE</p> <p><b>Motivazione Parere Non Favorevole:</b></p>
<p><b>Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Simona Amato</b></p> <p><b>Parere DS:</b> FAVOREVOLE</p> <p><b>Motivazione Parere Non Favorevole:</b></p>
<p>Il presente provvedimento <b>non necessita</b> 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. 148</p> <p>Hash .pdf (SHA256): d487cd28bb41c498fc6cc4e545158a745fd4222b316e19172783c7774221ba0a Hash .p7m (SHA256): 87660faa5f11acbdb511b82c81c276e84b171650838cd4e521076542b121c71a Firme digitali apposte sulla proposta: Merli Francesca,SGROI DANIELA,FERRARI ALBERTO</p> <p>a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.</p> <p>Il Responsabile del Procedimento: Alessandra Vessicchio</p> <p>Il Dirigente: Alberto Ferrari</p>

## II 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;
- Visto** il D.Lgs. 150/2009 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;
- Visto** il D.Lgs. 33/2009 con oggetto "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- Visto** il D.Lgs. 97/2017 con oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione, della corruzione, pubblicità e trasparenza correttivo della Legge 6 novembre, n. 190 e del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'art. 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Considerato** il D.Lgs. 150/2009, che all'art. 10 al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della Performance aziendale, stabilisce l'adozione, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, di un documento programmatico triennale denominato piano della Performance che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali e intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori
- Tenuto conto** della delibera 112/2010 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT ora ANAC) che ha approvato la struttura nonché le modalità di redazione del Piano della Performance (art. 10, comma 1 lettera a) del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150", contenente istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo della gestione della performance;

## Deliberazione

- Tenuto conto** della delibera 6/2013 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT ora ANAC) che ha fornito Linee Guida relative ai Cicli della Performance;
- Visto** il Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105 con oggetto "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni";
- Visto** il D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 con oggetto "Modifiche al D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in attuazione dell'art. 17, comma 1, lettera r), della Legge 7 agosto 2015, n. 124";
- Vista** la legge della Regione Lazio n. 1/2011 con oggetto "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali, modifiche alla legge regionale 2002, n. 6" che nel rispetto dei principi contenuti nel D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e degli ambiti riservati alla legge e alla contrattazione collettiva disciplina una migliore, più efficiente e trasparente organizzazione del lavoro e delle strutture organizzative di competenza regionale;
- Vista** la Deliberazione n. 4 del 9/01/2014 con la quale è stato adottato il regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della Performance e dei risultati e allegato A1 "Protocollo applicativo del sistema premiante per le Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria Professionale, Tecnica e Amministrativa";
- Vista** la Deliberazione n. 5 del 9/01/2014 con la quale è stato adottato il regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della Performance e dei risultati e allegato A2 "Protocollo applicativo del Sistema Premiante per il personale del Comparto";
- Premesso** che nella stesura e nella articolazione degli obiettivi all'interno del Piano della Performance 2019-2021 è stata coinvolta fattivamente la Direzione strategica e che nel Piano 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
- Preso atto** che il Piano in oggetto è stato sottoposto all'OIV aziendale in occasione della seduta del 30 gennaio 2019 che ne ha approvato i

## Deliberazione

contenuti valutandoli in linea con le disposizioni normative nazionali e regionali, come risulta agli atti d'ufficio;

### Ritenuto

pertanto di procedere all'adozione del Piano della Performance (Allegato n. 1) per il triennio 2019-2021 e di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

### 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 il "Piano della Performance 2019 – 2021", costituente parte integrante e sostanziale del presente atto (allegato n. 1)
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

**II 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 del Piano della Performance 2019 - 2021” composta di n. 5 pagine e n. 1 allegato, nei termini indicati;
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera a) 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.

**II DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. VITALIANO DE SALAZAR**

# **PIANO DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021**

*Ex. Art. 10 D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 74*

## Sommario

Premessa .....	3
1. CHI SIAMO .....	5
1.1 La ASL ROMA 3 .....	5
1.2 La mission della ASL ROMA 3.....	7
1.3 La Vision della ASL ROMA 3 .....	8
2 LA ASL IN CIFRE .....	9
2.1 Il capitale umano della ASL ROMA 3 nel 2018.....	10
2.2. I posti letto.....	11
2.2.1. Presidio Unico GRASSI – CPO.....	11
2.2.2 Strutture accreditate .....	12
2.3 I nostri dati di bilancio .....	17
3.L’ANALISI DEL CONTESTO ASL ROMA 3 .....	18
3.1Analisi del contesto esterno .....	18
3.2 Analisi del contesto interno.....	18
3.2.1 . L’organizzazione .....	18
3.2.2. Iniziative in tema di benessere organizzativo e pari opportunità .....	24
3.3 L’ Analisi SWOT .....	25
4.IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE .....	26
4.1 Da dove partiamo ovvero cosa è stato fatto nel 2018 .....	26
4.2 Piano strategico e patto con i Cittadini per il triennio 2019 - 2021 .....	27
4.3 L’ albero delle performance .....	28
4.4 Semantica degli obiettivi del piano triennale della Performance .....	31
4.5 Sinossi e declinazione degli obiettivi di piano e relativi indicatori.....	33
4.5.1.. <i>Indicatori di area strategica A</i> .....	33
4.5.2 <i>Indicatore di Area strategica B</i> .....	34
4.5.3 <i>Indicatori di Area strategica C</i> .....	34
4.5.4 <i>Indicatori di Area strategica D</i> .....	35
4.6 Indicatori generali per le misurazioni di produzione e di appropriatezza per il governo dei LEA.....	36
5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....	37
5.1 I Negoziatori .....	37
5.2 Il Processo di Budget .....	38
5.3 Monitoraggio .....	40
5.4 Verifica dei risultati.....	41
5.5. Criteri delle verifiche .....	41

Il Piano della Performance è stato introdotto dal D.Lgs. 150/2009 nonchè regolamentato dalle Delibere CIVIT, con lo scopo di individuare e descrivere l'impegno dell'Azienda nei confronti dei propri Utenti e delle Istituzioni stakeholder nel perseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e di sostenibilità economico-finanziaria ad essa assegnati.

E' di fatto lo strumento operativo e cogente di accountability, che supporta l'Azienda ASL ROMA 3 nella misurazione del raggiungimento degli obiettivi pluriennali, in conformità alle direttive dell'ANAC nonchè secondo le indicazioni derivanti dalle linee di indirizzo dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), in un'ottica di miglioramento continuo.

Il presente documento, Piano della Performance della ASL RM 3 per gli anni 2019-2021, è stato dunque redatto in coerenza con gli obiettivi assegnati al direttore generale e con le esigenze emerse dall'analisi dello stato di salute dei cittadini e ha tenuto conto dell'analisi dei *punti di forza e di debolezza* del sistema e dalle *minacce e opportunità* dell'ambiente esterno, individuando strategie di medio e lungo periodo che consentiranno di realizzare la mission Aziendale garantendo un quadro di compatibilità economico-finanziaria ed assicurando il mantenimento dell'economicità della gestione e del pareggio di bilancio.

Il Piano della performance è inoltre 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 e recepito dalla Legge Regionale del Lazio n. 1 del 16 marzo 2011.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è infine il documento programmatico triennale attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3.

Il Piano contiene quanto necessario per garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art.10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

L'Azienda, nel Piano, struttura l'albero della performance nel quale vengono definiti gli obiettivi strategici ed operativi che, attraverso le fasi del ciclo ella performance vengono assegnati e negoziati con le articolazioni aziendali.



Essendo un 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. CHI SIAMO

### 1.1 La ASL ROMA 3

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 (ex RMD), costituita con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 8 dell'8/08/1994, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i., rappresenta un polo erogante prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza per tutti cittadini residenti nel proprio ambito territoriale. L'attività aziendale si sviluppa orientandosi verso il raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema sanitario regionale in un'ottica sistemica che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

La Asl Roma 3 opera su un territorio coincidente in parte con la provincia di Roma con una popolazione complessiva di 609.534 abitanti (dati aggiornati al 31.12.2017 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 Kmq.

ASL RM3 Distretti	Estensione in kmq	% sul totale	Popolazione residente	% sul totale	Densità al Kmq
MUNICIPIO X	150.6	29%	231.752	38%	1.538
MUNICIPIO XI	70.9	14%	156.103	26%	2.194
MUNICIPIO XII	73.1	14%	141.085	23%	1.930
COMUNE DI FIUMICINO	222.4	43%	80.594	13%	359
TOTALE	517	100 %	609.534	100%	1.176

L'Azienda è articolata in quattro distretti:

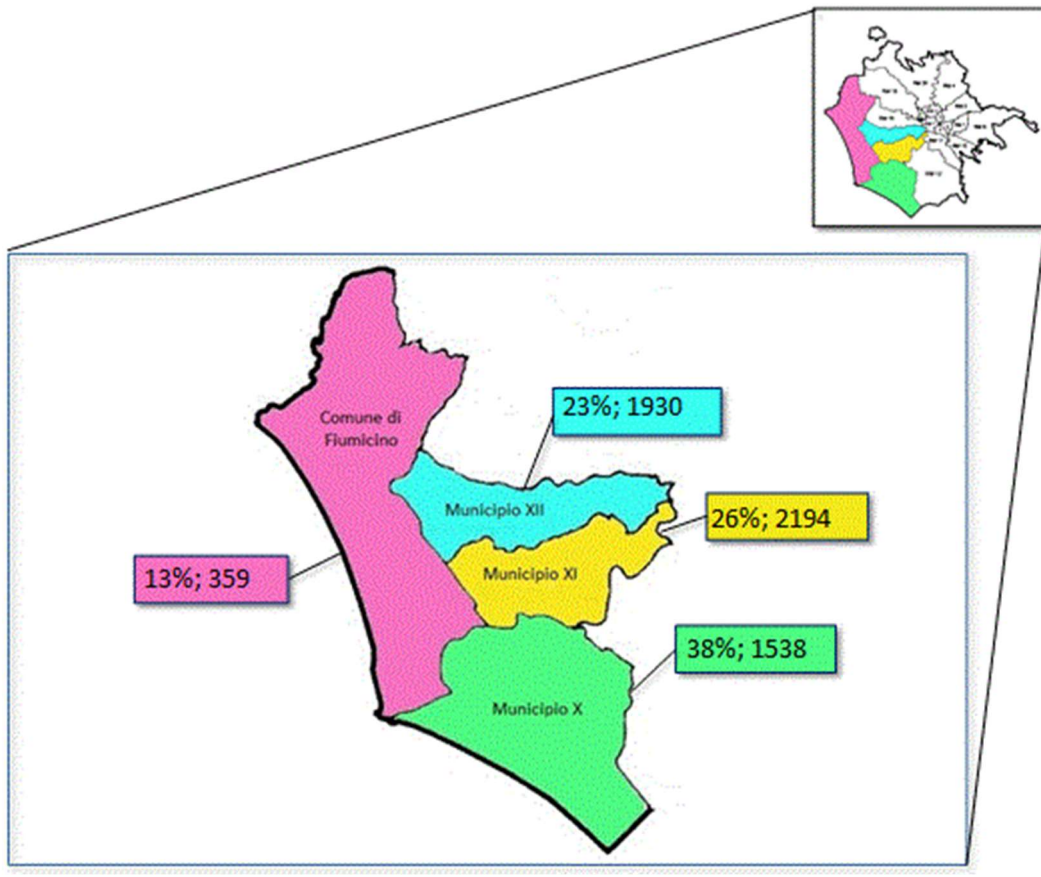
Distretto Sanitario Comune di Fiumicino con sede in Via degli Orti, 10 – 00054 Fiumicino (ROMA)

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

Di seguito la rappresentazione iconografica.



L'Azienda promuove lo sviluppo di un sistema organizzativo gestionale che intercetti i bisogni dei cittadini e garantisca continuità di processi assistenziali ad intensità modulata al fine di favorire l'integrazione ospedale-territorio potenziando le cure primarie, la prevenzione e lo sviluppo della rete territoriale e riorganizzando l'offerta di assistenza ospedaliera secondo il modello per intensità assistenziale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è finalizzata alla promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica delle cure, nonché alla razionalizzazione ed all'efficientamento di tutta l'offerta assistenziale.

L'Azienda assicura il raggiungimento di percorsi assistenziali appropriati attraverso la ridefinizione di un sistema articolato in reti che integri le diverse articolazioni della stessa struttura ospedaliera e assicuri l'integrazione fra diversi ospedali - in una logica bidirezionale Hub e Spoke - e l'integrazione dell'ospedale con i servizi territoriali.

In questo contesto viene superata l'organizzazione del complesso ospedaliero per disciplina specialistica a favore dell'organizzazione per aree omogenee per intensità di cura.

L'Azienda, attraverso lo sviluppo della "rete territoriale", favorisce l'implementazione di modelli di pratica professionale con le caratteristiche della "sanità di iniziativa", secondo i principi, le strategie e gli strumenti propri dei modelli innovativi ed efficaci di gestione della cronicità.

Gli interventi e le azioni su cui l'Azienda delinea le proprie scelte organizzative sono di seguito elencate:

- ✓ Presa in carico "globale" della persona con i suoi bisogni di salute;
- ✓ Presa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità;
- ✓ Prossimità e accessibilità dei servizi;
- ✓ Misurabilità e valutazione delle prestazioni, della performance delle singole strutture organizzative e degli esiti;
- ✓ Sicurezza delle cure;
- ✓ Integrazione ospedale e territorio;
- ✓ Multidisciplinarietà e integrazione professionale;
- ✓ Efficientamento della gestione;
- ✓ Integrazione di funzioni interaziendali;
- ✓ Sviluppo di politiche di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- ✓ Razionalizzazione del numero delle strutture attivabili, in modo da evitare duplicazioni di discipline nei medesimi ambiti assistenziali, sovrapposizione di funzioni e/o frammentazione dell'offerta.

## **1.2 La mission della ASL ROMA 3**

La missione aziendale consiste nel promuovere, mantenere e migliorare lo stato di salute, sia individuale che collettivo, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, garantendo l'accesso ai percorsi socio-sanitari ed alle prestazioni ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

I principi di efficacia, efficienza ed economicità rappresentano i valori fondanti dell'Azienda.

L'universalismo e l'equità, principi fondamentali del nostro servizio sanitario, sono recepiti dall'Azienda come premesse per una pari opportunità di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, capace di far fronte alle modificate esigenze sanitarie degli stessi, garantendo servizi personalizzati ad alto contenuto professionale.

L'Azienda assicura la propria missione grazie all'erogazione diretta di prestazioni da parte delle proprie strutture e attraverso l'erogazione di prestazioni da parte di professionisti convenzionati e di strutture pubbliche e private accreditate, con cui instaura specifici accordi. L'Azienda concorre alla realizzazione della più vasta missione del servizio sanitario della Regione Lazio, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria, nelle forme previste dalla programmazione e dalla legislazione in accordo con gli enti locali.

### **1.3 La Vision della ASL ROMA 3**

L'Azienda è un'organizzazione che gestisce in modo coordinato i processi assistenziali e organizzativi per la promozione e la tutela della salute attorno ai bisogni prioritari, alle legittime esigenze e alle aspettative dei cittadini, ottimizzando l'uso delle risorse, ponendo attenzione alla qualità, sviluppando e valorizzando le professionalità dei propri dipendenti, integrando strutture e professionisti esterni o accreditati.

Il sistema organizzativo dell'Azienda è orientato all'efficacia, all'efficienza, alla sicurezza e all'adeguatezza dei servizi offerti agli utenti rispetto alle loro attese e ai loro bisogni, mutevoli e differenziati, in un contesto di gestione razionale delle risorse disponibili.

L'Azienda tiene in debito conto le valutazioni espresse dai propri cittadini, considerandole un indispensabile contributo al miglioramento del governo clinico delle prestazioni.

L'Azienda si impegna all'uso ottimale delle risorse, nella consapevolezza del loro essere per definizione limitate rispetto a bisogni virtualmente illimitati.

L'Azienda, nel perseguimento dei propri obiettivi strategici, ritiene imprescindibile l'apporto di personale professionalmente preparato; è impegnata a qualificare sempre più le sue strutture, i suoi professionisti e i processi di erogazione dell'assistenza nei confronti dei cittadini.

L'Azienda si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito della programmazione regionale e locale. A tal fine individua nella definizione di specifici accordi contrattuali il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti privati accreditati.

L'Azienda svolge la sua azione ispirandosi ai seguenti principi:

- **Eguaglianza ed equità:** il cittadino ha diritto al rispetto della propria dignità di persona nell'utilizzare i servizi sanitari, senza alcuna distinzione di sesso, razza, nazionalità, religione, lingua ed opinioni politiche. Particolare attenzione e cura viene prestata, nell'erogazione del servizio, nei confronti di categorie di utenti in condizioni di fragilità sociale e/o psico-fisica;

- Imparzialità: l'erogazione dei servizi è garantita in situazioni, condizioni e atteggiamenti di imparzialità e di giustizia;
- Continuità: il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo regolare e continuo nella costante ricerca del miglioramento dell'accesso;
- Diritto di scelta: il cittadino ha diritto, nei limiti e nelle forme previsti della normativa, a scegliere la struttura sanitaria presso cui farsi curare, ovunque sul territorio nazionale ed europeo, nei limiti previsti dalla normativa;
- Partecipazione: i cittadini delle comunità di riferimento hanno il diritto, attraverso i propri rappresentanti e nelle forme previste dalle normative vigenti, di partecipare alle scelte aziendali. Il cittadino può formulare osservazioni e suggerimenti per il miglioramento del servizio e fornire una propria valutazione sulla qualità delle prestazioni fruite;
- Trasparenza: ciascun operatore ha il dovere di far conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane come impegno ad utilizzare in maniera ottimale il bene pubblico.
- Centralità della persona: il cittadino è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico.

## 2 LA ASL IN CIFRE

Con deliberazione n. 796 del 12/11/2018 l'Azienda ha operato la parziale revisione del precedente Atto Aziendale (Del. 640 del 09/08/2017).

Il nuovo Atto Aziendale revisionato non è ancora stato approvato dalla Regione Lazio, ma, nelle more dell'approvazione, tenendo conto del fatto che questo Piano si riferisce ad un orizzonte temporale pluriennale, che la revisione del precedente Atto Aziendale è parziale e che non stravolge l'assetto consolidato dell'Azienda, che ragionevolmente si può ipotizzare che venga approvato senza sostanziali modifiche, che il Piano della Performance deve essere adottato entro il mese di Gennaio 2019, è preferibile ed opportuno orientare la programmazione e gli obiettivi secondo le indicazioni del nuovo Atto.

Nella ASL Roma 3, oltre alle funzioni di staff della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria, è presente la seguente articolazione dipartimentale:

1. Dipartimento di Prevenzione;
2. Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio sanitaria;
3. Dipartimento Salute Mentale;
4. Dipartimento dei Servizi;
5. Dipartimento di Medicina;
6. Dipartimento di Chirurgia;
7. Dipartimento Emergenza e Accettazione;
8. Dipartimento Professioni Sanitarie;
9. Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi.

Sono presenti due Aree Funzionali:

1. Area Funzionale Materno Infantile
2. Area Funzionale delle Attività Amministrative Decentrate

## 2.1 Il capitale umano della ASL ROMA 3 nel 2018

I dipendenti che lavorano per l'Azienda costituiscono la principale risorsa della stessa.

L'Azienda è orientata alla definizione di un contesto che miri a valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori.

Nel contempo l'Azienda chiede il rispetto dei codici deontologici di categoria come contributo pieno e responsabile degli aspetti etici connessi al proprio ruolo e con l'impegno costante nel perseguimento della missione aziendale.

L'Azienda vigila, inoltre, sul rispetto da parte dei suoi operatori del codice etico-comportamentale e dei codici disciplinari.

La tabella seguente presenta la situazione del personale dipendente alla data del 31/10/2018 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.

Dipendenti al 31/12/2018					
Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo	Dotazione organica
COMPARTO	Ruolo Amministrativo	196	70	266	310
	Ruolo Professionale		3	3	3
	Ruolo Sanitario	795	269	1064	1154
	Ruolo Tecnico	105	106	211	294
<b>COMPARTO Totale</b>		<b>1096</b>	<b>448</b>	<b>1544</b>	<b>1761</b>

Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo	Dotazione organica
<b>DIRIGENZA</b>	Ruolo Amministrativo	4	5	9	10
	Ruolo Professionale	1	3	4	2
	Ruolo Sanitario	235	217	452	541
	Ruolo Tecnico	3	1	4	2
<b>Dirigenza Totale</b>		<b>243</b>	<b>226</b>	<b>469</b>	<b>555</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1339</b>	<b>674</b>	<b>2013</b>	<b>2316</b>

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta a n. 290 unità.

## 2.2. I posti letto

Dal punto di vista dell'offerta la ASL ha un presidio unico ospedaliero con i seguenti posti letto:

### 2.2.1. Presidio Unico GRASSI – CPO

#### Sede G.B. Grassi

AF	Codice disciplina	DESCRIZIONE	ORDINARI	DH	TOTALE
<b>M</b>	02	Day Hospital Multispecialistico		9	9
	26	Medicina Generale	58		58
	08	Cardiologia	18		18
	40	Psichiatria	16	2	18
<b>TOTALE</b>			<b>92</b>	<b>11</b>	<b>103</b>
<b>C</b>	09	Chirurgia Generale	37		37
	36	Ortopedia e traumatologia	25		25
	98	Day Surgery Multispecialistico		17	17
	<b>TOTALE</b>			<b>62</b>	<b>17</b>
<b>AC</b>	49	Terapia Intensiva	18		18
	50	Unità Coronarica	6		6
	51	Astanteria/Breve OSS/Medicina D'Urgenza	16		16
	<b>TOTALE</b>			<b>40</b>	
<b>MP</b>		Ostetricia Ginecologia	28		28
		Pediatria	9	1	10
		Neonatologia	6		6



<b>TOTALE</b>		<b>43</b>	<b>1</b>	<b>44</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>237</b>	<b>29</b>	<b>266</b>

### Sede CPO

AF	Codice disciplina	DESCRIZIONE	ORDINARI	DH	TOTALE
PA	28	Unità Spinale	14	1	15
	56	Recupero e Riabilitazione	14	1	15
<b>TOTALE</b>			<b>28</b>	<b>2</b>	<b>30</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>			<b>28</b>	<b>2</b>	<b>30</b>

### Partecipazione alla rete Ospedale G.B. Grassi

<b>Emergenza: DEA 1° livello</b>	<b>Trauma: PST</b>	<b>Ictus</b>
<b>Cardiologia: E</b>	<b>Rete Perinatale: I</b>	<b>Pediatria: Spoke</b>

### 2.2.2 Strutture accreditate

#### ACUTI

Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital
Casa di Cura Città di Roma	141	14
Casa di Cura Villa Pia	114	9
Ospedale Israelitico	95	19
Casa di Cura European Hospital	51	0
IRCCS S. Raffaele - Pisana	30	0
Casa di Cura Merry House	30	0

#### RIABILITAZIONE

Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital
Casa di Cura San Raffaele-Portuense	87	9
Casa di Cura Villa Sandra	130	14

I.R.C.C.S. San Raffaele-Pisana (medicina + riabilitazione)	271	27
--	-----	----

**LUNGODEGENZA -R.S.A.**

Struttura	Numero PP.LL.
Casa di Cura Parco delle Rose	86 R.S.A.
Casa di Cura Villa Maria Immacolata	110 (68 R.S.A - 42 lungodegenza post-acuzie)
Casa di Cura Villa delle Magnolie	80 R.S.A.
Casa di Cura Merry House	91 (R.S.A. 50 – 41 lungodegenza post-acuzie)
Casa di Cura Villa Giulia	40 R.S.A.
Casa di Cura Corviale	60 R.S.A.
Casa di Cura Villa Carla	80 R.S.A.
Casa di Cura Villa Giuseppina	35 R.S.A.
Casa di Riposo Ebraica	20 R.S.A.
Casa di Cura Villa Pia	40 lungodegenza post-acuzie

**NEURO PSICHIATRICHE**

Struttura	n. P.R.
Casa di Cura Villa Armonia Nuova	74
Casa di Cura Villa Giuseppina	88
Casa di Cura Villa Letizia	25
Casa di Cura Villa Madre Chiara Ricci	20

**HOSPICE**

Struttura	n. PP.LL. ordinari
Fondazione Roma Sanità	30 + 120 Domiciliari
Merry House	9 + 36 Domiciliari
Villa Maria Immacolata	4 + 16 Domiciliari

**ASSISTENZA TERAPEUTICA TOSSICODIPENDENZA**

Struttura	n. PP.LL. ordinari
Fondazione Villa Maraini	30 semiresidenziali

**CENTRI DIALISI**

Struttura	n. PP.LL. DH
Casa di Cura Villa Sandra	34
Casa di Cura Città di Roma	24
Casa di Cura Villa Pia	34
Only Dialysis	15

**RESIDENZIALE**

Struttura
E.C.A.S.S.
CASA S. MARIA DIVINA PROVVIDENZA
CENTRO PADRE PIO
CASA DI CURA VILLA SANDRA
C.E.M.

**SEMI RESIDENZIALE**

Struttura
A.N.F.F.A.S./OSTIA
COOPERATIVA OSA MAJORANA
SCUOLA VIVA
E.C.A.S.S.
A.N.F.F.A.S./VIA AURELIA
A.N.F.F.A.S./VIA VITELLIA
CENTRO PADRE PIO
COOPERATIVA AL PARCO
COES
CENTRO DI RIABILITAZIONE SAN RAFFAELE
CASA SANTA MARIA DIVINA PROVVIDENZA
CONSORZIO UNISAN
C.E.M.

**Centri Ambulatoriali Accreditati**

presso il Distretto Sanitario Comune di Fiumicino:

Struttura	Sede
MARILAB SRL ( ex GRIBA)	VIA EUCARIO SILBER, 7/C
MARILAB SRL FIUMICINO	VIA TEMPIO DELLA FORTUNA, 44
STUDIO RADIOLOGICO DR. DI STEFANO	VIA FORMOSO 52/58
LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. GIORDANI & C.	VIA BIGNAMI, 47-49

Presso il Distretto Sanitario incidente nel X Municipio

Struttura	Sede
AXA MEDICA SRL	VIALE PINDARO, 28/N
FISIOTER SOLEMAR	VIA R. DE COSA, 34
STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO CASAL PALOCCO	VIA FRANCESCO SAVERIO ALTAMURA, 44
ANALISYS 1980	VIA CAPO SOPRANO, 9
USI (ex AXALAB SRL)	VIA ESCHILO, 191
STUDIO RADIOLOGICO FISIOTERAPICO CASAL PALOCCO	PIAZZA FILIPPO IL MACEDONE, 54
ECORAD SRL	VIA DEI TRAGHETTI, 22
FISIOMARE SRL	VIA DEI NAVICELLARI, 16/A
STUDIO ODONTOIATRICO DEL LIDO	CORSO DUCA DI GENOVA, 26
STUDIO DI RADIOLOGIA LIDO DI OSTIA	CORSO DUCA DI GENOVA, 26
ANALISI CLINICHE PROSPERO COLONNA SRL	CORSO DUCA DI GENOVA, 26
CENTRO FISIOTERAPICO LIDO DI OSTIA	CORSO DUCA DI GENOVA, 26
STUDIO ODONTOIATRICO DR. GIUVA LEANDRO	VIA F. ACTON, 5
DIAGNOSTIKA SRL	VIA M. C. GABRIEL, 11
MARILAB SRL OSTIA	VIA PAOLO ORLANDO, 52
MARILAB SRL ACILIA	VIA DI ACILIA, 71 /a
MARILAB CENTER SRL OSTIA	VIA ZAMBRINI, 14
VILLA DEL LIDO SRL	VIALE DEL LIDO, 3
CENTRO GERIATRICO ROMANO	VIA G. BEDUSCHI, 28
I.A.C. SRL ISTITUTO ANALISI CLINICHE	VIA DEI NAVICELLARI, 16/a
CENTRO DIAGNOSTICA LIDO	VIA CAPO SOPRANO, 21
RADIOLOGIA FIUMICINO	LARGO G. DA MONTESARCHIO, 17

presso il Distretto Sanitario XI Municipio:

Struttura	Sede
ASKLEPION	VIA DI VILLA BONELLI, 36
FISIOROMA SAS	VIA GAETANO FUGGETTA, 46
TIAP	VIA ODERISI DA GUBBIO, 224
OSPEDALE ISRAELITICO	VIA FULDA, 14
OSPEDALE ISRAELITICO	VIA VERONESI, 59
CASA DI CURA VILLA SANDRA	VIA PORTUENSE, 798
BPL SANITARIA & AMBIENTE	VIA ODERISI DA GUBBIO, 10
RICER. CLIN. CLODIO - PATOLOGIA CLINICA	VIA STEFANO BOCCAPADULI, 25
RICER. CLIN. CLODIO - FKT	VIA MAUROLICO, 5
BPL SANITARIA & AMBIENTE	VIA DEL TRULLO, 170
USI (EX SANTA BONORA )	VIALE GUGLIELMO MARCONI, 139
ORMOLAB SAS	VIA GAETANO FUGGETTA, 1
LAB. ANALISI CLINICHE ESCULAPIO SRL	VIA LARI, 28
STUDIO DIAGNOSTICO IMPRUNETA	VIA IMPRUNETA, 9/B
ACEDIT 2003 SRL	VIA MASSA MARITTIMA, 14/20
ANALISI CLINICHE PORTUENSE SRL	VIA PORTUENSE, 561 /A
FI.RA.L. SRL	VIA N. LARI, 18
CLINITALIA SRL	VIA ANTONINO LO SURDO, 42
ANALYSIS 1980 SRL	VIA ANTONINO LO SURDO, 42
CASA DI CURA VILLA SANDRA	VIA PORTUENSE, 798

presso il Distretto Sanitario XII Municipio:

Struttura	Sede
C.R.I.	VIA B. RAMAZZINI, 15
SAN RAFFAELE - PISANA	VIA DELLA PISANA, 235



LABORATORIO GIANICOLENSE	VIA COLLI PORTUENSI, 547
CASA DI CURA CITTA' DI ROMA	VIA F.MAIDALCHINI, 20
CENTRO DIAGNOSTICO MONTEVERDE S.R.L	VIA LAURA MANTEGAZZA, 25
CENTRO MEDICO FISIOKINESITERAPICO SRL	VIA G. ROSSETTI, 50
LABORATORIO DIAGNOSTICO BRAVETTA	VIA DEI CAPASSO, 52/54
CASA DI CURA VILLA PIA	FOLCO PORTINARI, 5
LABANALISI MONTEVERDE SRL	VIA MAURIZIO QUADRIO, 30
MILA SRL ANALISI CLINICHE	VIA DELLA CASSETTA MATTEI, 153/D

### 2.3 I nostri dati di bilancio

Vengono illustrati infine i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi quattro anni che rappresentano il punto di riferimento e di partenza per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano triennale 2019 - 2021.

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Concordato 2018
A-Valore della produzione	1.006.603	1.021.028	1.016.031	1.031.495
B-Costi della produzione	980.515	989.053	1.009.165	1.014.851
<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>26.088</b>	<b>31.975</b>	<b>6.866</b>	<b>16.644</b>
C-Proventi e oneri finanziari	-5.574	-6.023	-8.110	-8.046
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	-6	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	-11.543	-17.140	10.075	351
X-Risultato prima delle imposte	8.965	8.812	8.831	8.949
Y-Imposte e tasse	8.964	8.819	8.832	8.949
<b>Z-RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>1</b>	<b>-7</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>

### **3.1 Analisi del contesto esterno**

Il contesto di riferimento entro il quale l'Azienda si trova a dover garantire l'assistenza e la governance economico/finanziaria risulta essere articolato, complesso e fortemente vincolato dalle scelte strategiche che i legislatori, ai diversi livelli istituzionali, stanno ponendo in essere determinando azioni volte, attraverso le rivisitazioni dei modelli organizzativi, all'efficientamento del sistema.

Al momento della stesura del presente documento, la Regione Lazio non ha ancora adottato i programmi operativi per il triennio 2019-2021, ma si può ragionevolmente ipotizzare che la stessa, finalmente avviata verso la conclusione del Piano di Rientro, mantenga e indichi alle aziende sanitarie, attraverso l'emanazione di programmi operativi, obiettivi ed azioni finalizzati a garantire il perseguimento dei LEA e l'equilibrio economico/finanziario. I programmi operativi hanno, in una prima fase posto come obiettivo prioritario la riduzione della spesa sanitaria, mentre in una seconda fase, hanno inteso porre in essere anche azioni di ridefinizione delle regole di funzionamento di sistema.

Le direttrici principali sulle quali muoversi per completare il sistema di governance, riguardano la definizione di regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione e consolidamento dell'organizzazione aziendale. In particolare ci si aspetta la richiesta da parte della Regione di avviare i processi di miglioramento partendo dalla riorganizzazione dei servizi e dalla consapevolezza di un eccesso della spesa ospedaliera, al fine di migliorarne l'efficienza, l'appropriatezza e recuperare risorse significative e indispensabili per ridurre ulteriormente il disavanzo e sostenere i processi di potenziamento dell'assistenza territoriale.

Nella definizione del set di obiettivi presenti nell'albero della performance si è tenuto conto anche della innovazione dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e dell'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2018 di cui al DCA n. U412 del 12/11/2018.

### **3.2 Analisi del contesto interno**

#### 3.2.1 . L'organizzazione

Con deliberazione n. 796 del 12/11/2018 la ASL ROMA 3 ha operato la parziale revisione del precedente Atto Aziendale (Del. 640 del 09/08/2017).

L'Azienda ispira il proprio modello organizzativo-gestionale a criteri di responsabilizzazione, di delega dei sistemi di gestione, di autonomia e responsabilità professionale degli operatori.

L'attribuzione e la delega espressa di poteri e l'assegnazione di obiettivi rendono possibile il coinvolgimento degli operatori nella gestione aziendale, consentendo la valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati.

L'Azienda applica, in quanto possibile, il principio della separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

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

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali e/o di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate, possono essere:

- Strutture Complesse (UOC) alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Le strutture complesse esercitano funzioni amministrative o assistenziali, chiaramente individuabili, e sono contrassegnate da un significativo valore economico sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane affidate e hanno la responsabilità del budget assegnato. La titolarità della struttura complessa implica l'assunzione di funzioni di Direzione e organizzazione delle risorse e della attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza.
- Strutture semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) che assicurano attività riconducibili ad una o più linee di attività, chiaramente individuabili, non ridondanti o riconducibili alle U.O.C. e con responsabilità del budget assegnato. La titolarità della struttura semplice a valenza dipartimentale implica l'assunzione di funzioni di Responsabilità e organizzazione delle risorse assegnate e della attività da attuarsi nel rispetto degli obiettivi economici, organizzativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, nonché l'adozione di decisioni volte al corretto espletamento delle attività in termini di appropriatezza.
- Strutture semplici (UOS), articolazioni funzionali della struttura complessa. Le strutture semplici assicurano funzioni riconducibili a una o più linee di attività tra loro coerenti,



chiaramente individuate nell'ambito della struttura complessa di riferimento. La relativa titolarità implica l'attribuzione di funzioni con responsabilità ed autonomia limitate agli obiettivi assegnati all'interno dei processi di produzione.

L'organizzazione aziendale si articola in:

- A. Dipartimenti
- B. Aree funzionali
- C. Staff della Direzione Strategica

#### A) Dipartimenti

Il Dipartimento è l'insieme organizzativo di unità operative complesse, semplici e unità operative semplici a valenza dipartimentale, il cui scopo è la gestione comune, efficace, efficiente e appropriata delle risorse per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali.

I dipartimenti hanno la responsabilità gestionale delle risorse loro assegnate e sono caratterizzati dalla omogeneità, affinità o complementarità sotto il profilo delle attività delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Al dipartimento competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, di coordinamento, orientamento, consulenza e supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitari.

- Dipartimento di Prevenzione
  - UOC Igiene e Sanità Pubblica
  - UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale
  - UOC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro
  - UOC Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche
  - UOC Amministrativa Dipartimento di Prevenzione e Salute Mentale (afferente al Dipartimento e funzionalmente all'Area Amministrativa)
  - UOSD Screening, Promozione della Salute, Stili di Vita
  - UOSD Canile Sovrazonale e Controllo del Randagismo
  - UOSD Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- Dipartimento Cure Primarie e Integrazione
  - UOC Distretto Comune di Fiumicino

- UOC Distretto X Municipio
- UOC Distretto XI Municipio
- UOC Distretto XII Municipio
- UOC Medicina Legale
- UOC Cure Primarie e Tutela della Salute di Coppia
- UOC Amministrativa Cure Primarie (afferente al Dipartimento e funzionalmente all'Area Amministrativa)
- UOSD Riabilitazione Territoriale e Assistenza Protesica
  
- Dipartimento di Salute Mentale
  - UOC Salute Mentale X Municipio e Comune di Fiumicino
  - UOC Salute Mentale XI Municipio e XII Municipio
  - UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
  - UOC Salute Dipendenze
  - UOC Salute Mentale in Età Evolutiva
  - UOC Amministrativa Dipartimento di Prevenzione e Salute Mentale (afferente al Dipartimento e funzionalmente all'Area Amministrativa)
  - UOSD Residenzialità in Salute Mentale
  - UOSD Prevenzione ed Interventi Precoci in Salute Mentale
  
- Dipartimento dei Servizi
  - UOC Farmacia Ospedaliera
  - UOC Farmacia Territoriale
  - UOC Servizio Immuno Trasfusionale (SIMT)
  - UOC Laboratorio Analisi
  - UOSD Anatomia e Istologia Patologica
  
- Dipartimento di Medicina
  - UOC Medicina
  - UOC Cardiologia
  - UOC Riabilitazione e Centro Spinale
  - UOC Pediatria
  - UOSD Neonatologia
  - UOSD Oncologia

- UOSD Gastroenterologia
  
- Dipartimento di Chirurgia
  - UOC Chirurgia Generale
  - UOC Ortopedia e Traumatologia
  - UOC Oculistica
  - UOC Ostetricia e Ginecologia
  - UOC Odontoiatria Preventiva e Sociale
  - UOSD Anestesia (disciplina anestesia e rianimazione)
  - UOSD Otorinolaringoiatria
  - UOSD Chirurgia Mininvasiva
  
- Dipartimento Emergenza e Accettazione
  - UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
  - UOC Nefrologia e Dialisi
  - UOC Diagnostica per Immagini
  - UOSD Rianimazione e Terapia del Dolore (disciplina anestesia e rianimazione)
  
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie
  - UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico Ospedaliero
  - UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie
  - UOC delle Professioni Tecniche, Riabilitative e Sociali
  - UOSD delle Piattaforme Assistenziali di Degenza
  - UOSD Gestione Piattaforme Logistiche
  
- Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi
  - UOC Risorse Umane
  - UOC Risorse Economico Finanziarie
  - UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
  - UOC Approvvigionamenti
  - UOC Sistemi ICT
  - UOSD Affari Generali
  
- UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico

Tale Struttura si rapporta direttamente con la Direzione Sanitaria

## B) Le Aree Funzionali

L'area funzionale è un aggregato di attività svolte da strutture diverse tra di loro, il cui scopo è il raggiungimento coordinato di un obiettivo trasversale e comune a tutte le strutture coinvolte (assistenziali o tecnico-amministrative). L'area funzionale deve essere considerata una "forma organizzativa di coordinamento" in grado di sostenere processi aziendali complessi e flessibile rispetto alla dinamicità evolutiva delle realtà assistenziali.

- Area Funzionale Materno Infantile:
  - UOC Pediatria (incardinata nel Dipartimento di Medicina)
  - UOC Ostetricia e Ginecologia (incardinata nel Dipartimento di Chirurgia)
  - UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia (incardinata nel Dipartimento Cure Primarie e ISS)
  - UOSD Neonatologia (incardinata nel Dipartimento di Medicina)
- Area Funzionale delle Attività Amministrative Decentrate:
  - UOC Amministrativa Presidio Ospedaliero Unico
  - UOC Amministrativa Cure Primarie (incardinata nel Dipartimento Cure Primarie e ISS)
  - UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (incardinata nel Dipartimento DSM e Prevenzione)

## C) Le Funzioni di Staff della Direzione Strategica

Le funzioni di staff della Direzione Strategica operano in dipendenza gerarchica diretta con la Direzione Strategica e sono organizzate in:

- Funzioni di Staff alla Direzione Generale:
  - UOC Sviluppo Organizzativo e della «Competence» Individuale
  - UOSD Comunicazione e Rendicontazione Sociale
  - UOS Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
  - UOS Controllo di Gestione
- Funzioni di Staff alla Direzione Sanitaria:
  - UOC Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Sanitarie
  - UOC Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio.
  - UOC Epidemiologia e SIS

### 3.2.2. Iniziative in tema di benessere organizzativo e pari opportunità

Il Comitato Pari Opportunità per l'Area della Dirigenza Medica Veterinaria e l'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa della ASL Roma 3 (già Roma D), è stato istituito l'11 luglio 2007 con la Deliberazione n. 556 e si è insediato l'11 dicembre 2007.

Il Comitato è "l'organismo preposto all'attuazione delle politiche di pari opportunità ed alla formulazione di azioni positive per la realizzazione sostanziale della parità uomo-donna nel mondo del lavoro".

#### *Compiti del Comitato:*

- Esprimere pareri sulle materie che coinvolgono direttamente o indirettamente le lavoratrici/lavoratori: dalle modalità di accesso al lavoro alla formazione, all'aggiornamento e sviluppo professionale ai percorsi di carriera;
- Informare e sensibilizzare le aziende sulla promozione di politiche di pari opportunità;
- Verificare lo stato di applicazione della legislazione vigente all'interno delle aziende;
- Formulare progetti di azioni positive;
- Promuovere indagini conoscitive, ricerche, analisi al fine di individuare misure idonee a realizzare effettive condizioni di pari opportunità fra lavoratori.

#### *Obiettivi del Comitato:*

- Creare condizioni effettive di parità tra uomini e donne
- Rimuovere le discriminazioni dirette e indirette
- Valorizzare la soggettività femminile
- Far evolvere la cultura della diversità di genere.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le Pari Opportunità ed i Comitati Paritetici per il contrasto del fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge. Il CUG esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale, sia in regime di diritto pubblico che contrattualizzato e svolge compiti propositivi, consultivi, e di verifica sui temi di sua competenza.

Le attività del Comitato, dopo un periodo di rallentamento, sono attualmente sospese a causa anche del progressivo venir meno dei componenti per trasferimenti del personale o pensionamenti. Si rileva quindi la necessità di procedere con nuove nomine sia per la dirigenza che per il comparto in modo da riprendere iniziative e confronti sui temi d'interesse; il CUG rappresenta infatti un'opportunità di cambiamento e sviluppo organizzativo alla quale non è possibile rinunciare.

### 3.3 L' Analisi SWOT

AMBITO	OPPORTUNITA'	MINACCE
SISTEMA POLITICO E GESTIONALE REGIONALE	Avvio dell'uscita della Regione dal Piano di Rientro	Reazioni degli Stakeholders esterni agli interventi di efficientamento
	Sviluppo della Centrale Acquisti regionale per gli approvvigionamenti	Frammentazione, localismo e conflittualità tra sottosistemi territoriali
		Elevato livello di inappropriata organizzativa
		Difficoltà degli attori ad intraprendere iniziative per affrontare il cambiamento
RISORSE STRUMENTALI ED ECONOMICHE	Adeguamento della quota di accesso al FSN da parte della Regione Lazio	Sottostima da parte della Regione Lazio del finanziamento dell'azienda rispetto ai costi reali sostenuti
	Centralizzazione dei sistemi informativi a livello regionale	Inadeguato finanziamento dei programmi di edilizia sanitaria per ammodernamento e messa a norma delle strutture
		Inadeguato finanziamento dei programmi di ammodernamento tecnologico
RISORSE UMANE	Superamento parziale del blocco del Turnover e del precariato	Cospicua presenza di personale non idoneo o con limitazioni a tutte le funzioni proprie istituzionali del profilo di appartenenza
	Possibile riavvio del rinnovo del CCNL e dei Contratti Integrativi aziendali	Età media elevata del personale
CONTESTO DEMOGRAFICO E SOCIO-SANITARIO	Sistematizzazione e semplificazione dell'impianto normativo e regolamentare socio-sanitario della Regione	Transizione Epidemiologica Cambiamento demografico con progressivo aumento della popolazione anziana e delle malattie croniche
	Ulteriore sviluppo della Rete dei Servizi Territoriali (Case della Salute), anche attraverso la riconversione di ex Presidi Ospedalieri a gestione diretta	Carenza dell'offerta di servizi alternativi al ricovero
	Ulteriore sviluppo della Rete dei Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata	Difficoltà nel garantire ai cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza in una fase di crisi economica con conseguenziale maggiore incidenza della povertà Presenza di mobilità passiva superiore a quella attiva

### 4.1 Da dove partiamo ovvero cosa è stato fatto nel 2018

*Punti di forza dell'anno 2018 sono stati rappresentati da:*

- 1) rimappatura dei processi con invio di un nuovo atto di riorganizzazione aziendale per superare la frammentazione organizzativa ed ottimizzare le risorse;
- 2) implementazione di percorsi clinico assistenziali per una maggiore integrazione ospedale territorio,
- 3) implementazione di strumenti di telemedicina e teleconsulto per migliorare l'assistenza dei pazienti fragili a domicilio
- 4) coinvolgimento dei medici di medicina generale per la gestione presso le UCP di strumenti di teleconsulto per una maggiore integrazione ospedale territorio
- 5) 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;
- 6) miglioramento del percorso screening e del percorso vaccinazioni;
- 7) implementazione delle attività erogata dalla UOSD Oncologia con recruitment di 2 nuovi oncologi;
- 8) 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..;
- 9) apertura h 24 della emodinamica del G.B. Grassi da marzo 2018;
- 10) miglioramento dei LEA erogati in particolare frattura del collo femore con intervento chirurgico entro 48 ore e trattamento della calcolosi della colecisti;
- 11) programmazione del recruitment delle risorse che dovrebbe trovare pieno compimento entro il 2019;
- 12) miglioramento dei percorsi codice rosa per l'approccio precoce alla violenza di genere con la progettazione di più punti di ascolto.

*Punti di debolezza e minacce per l'anno 2018 sono stati rappresentati da:*

- 1) difficoltà di adeguamento al continuo evolversi della programmazione regionale

- 2) 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
- 3) bassa attrattività e mobilità passiva elevata

#### *Opportunità del 2018:*

- 1) finanziamento per l'innovazione tecnologica in tema di telemedicina
- 2) finanziamento per l'ammodernamento del presidio ospedaliero G.B.Grassi.

#### **4.2 Piano strategico e patto con i Cittadini per il triennio 2019 - 2021**

La ASL ROMA 3, in coerenza con i propri punti di forza intende perseguire:

- 1) una maggiore integrazione ospedale territorio attraverso l'implementazione delle attività in teleconsulto e telemedicina in particolare:
  - gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico o alterazioni del ritmo cardiaco con device impiantabili e con possibilità di accesso remoto, direttamente a domicilio, con monitoraggio quotidiano e possibilità di intercettare precocemente modifiche della compliance per un precoce intervento e corretto utilizzo del pronto soccorso ospedaliero;
  - monitoraggio da remoto dei device di pazienti pluripatologici in assistenza domiciliare ad alta intensità al fine di individuare precocemente modifiche delle condizioni cliniche e implementare tempestivi trattamenti;
  - monitoraggio da remoto di pazienti affetti da patologie croniche degenerative dell'apparato nervoso per definire algoritmi predittivi per possibili complicanze da intercettare precocemente;
  - implementazione di strumenti di memory failure (*google box* e assistente virtuale) per supportare *car giver* o pazienti grandi anziani nella aderenza alla terapia farmacologica domiciliare e riduzione degli accessi impropri in ospedale;
  - abbattimento delle liste di attesa per esami specialistici cardiologici a domicilio per pazienti in ADI o con patologie croniche.
- 2) Implementare i percorsi già esistenti presso la Casa della Salute di Ostia dando continuità assistenziale al PDTA Diabete all'interno della struttura con trasferimento



- dell'ambulatorio Vulnologico e del Piede diabetico; trasferimento del percorso Tao e sviluppo di APP dedicati ai pazienti in trattamento con anticoagulanti orali;
- 3) Ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso con aumento dei posti letto della UOS Medicina d'Urgenza, oggi consistenti in 10 posti letto, a 16 posti letto come previsto dal progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla Regione Lazio;
  - 4) Apertura dell'ambulatorio per codici a bassa priorità (bianchi e verdi) differenziando per codice colore il percorso del paziente in emergenza urgenza;
  - 5) Riorganizzazione delle attività ostetriche con apertura del Rooming – In presso la UOC Ostetricia e Ginecologia evitando il trasferimento del neonato presso i locali della UOSD Neonatologia implementando così le attività di umanizzazione del parto e migliorando la relazione madre – figlio sin dai primi momenti di vita del bambino;
  - 6) Riorganizzazione del percorso del Pronto Soccorso Pediatrico con forte riduzione di percorsi misti adulto -bambino nel rispetto della Carta dei diritti del Bambino;
  - 7) Riorganizzazione della erogazione delle prestazione di screening alfine di aumentarne l'adesione, in particolare studio di fattibilità per la recupero del camper aziendale per erogare prestazioni di screening del tumore della mammella a km 0 e per erogare attività di screening della cervice attraverso una maggiore collaborazione con i MMG presenti nelle UCP.
  - 8) Monitoraggio dei LEA implementati nel 2018 al fine di assicurare tutte le prestazione nei tempi previsti per assicurare agli utenti i migliori outcome.
  - 9) Reingegnerizzazione dei distretti in relazione all'ingresso di nuovi 4 direttori a seguito della conclusione del percorso concorsuale già iniziato nel 2018, con nuovi modelli di governance più efficaci e più efficienti.
  - 10) Miglioramento della comunicazione con i cittadini con implementazione di APP e accessibilità web per prenotazione, pronti soccorso, PDTA.

#### **4.3 L' albero delle performance**

Per realizzare il piano strategico 2019 la ASL ROMA 3 nel 2018 ha provveduto a dotarsi di una piattaforma di telemedicina e teleconsulto nonché a formare quali interlocutori privilegiati i medici di medicina generale. Ha inoltre provveduto ad acquisire 3 tecnici della perfusione competenti in telemedicina e un cardiologo dedicato.

Il SSR ha inoltre provveduto con il supporto della ASL ROMA 3 ad accreditare strutture erogatrici di ADI anche per pazienti ad alta complessità per poter offrire supporto ai pazienti più fragili residenti e alle loro famiglie.

Ha inoltre effettuato recruitment delle risorse il cui piano assunzionale troverà pieno compimento nel corso del 2019 per poter permettere tutte le azioni di riorganizzazione della erogazione delle attività sia in ospedale che sul territorio.

La ASL ROMA 3 ha inoltre progettato il proprio albero delle performance che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. In altri termini dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Agli obiettivi operativi vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La Mission aziendale si collega alle seguenti n. 5 aree strategiche, da cui si declina l'albero delle performance con i relativi obiettivi strategici ed operativi nonché i relativi indicatori di sistema:

- 1) Area strategica A - Area dell'efficienza organizzativa;
- 2) Area strategica B - Area del governo clinico e dell'appropriatezza;
- 3) Area strategica C - Area della produzione e della gestione economico-finanziaria;
- 4) Area strategica D - Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment;
- 5) Area strategica E - Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità

## AREA STRATEGICA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

A

governo del patrimonio immobiliare e tecnologie sanitarie  
 gestione del personale  
 gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente  
 governo dell'assistenza territoriale  
 autosufficienza sangue e derivati  
 funzionamento dei pronto soccorso  
 Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera in tema di chirurgia oncologica e generale, chirurgia specialistica, medicina interna, nefrologia e riabilitazione.  
 Implementazione della umanizzazione delle cure in ostetricia e ginecologia.

## AREA STRATEGICA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA

B

appropriatezza farmaceutica  
 appropriatezza dei ricoveri ospedalieri  
 rischio clinico e sicurezza del paziente  
 governo azioni volte alla prevenzione di patologie, disabilità, mortalità evitabile  
 misurazione esiti delle cure  
 appropriatezza clinica  
 appropriatezza prescrittiva

C

## AREA STRATEGICA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Finanziamento Regionale  
 Equilibrio economico finanziario

D

## AREA STRATEGICA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT

empowerment del cittadino con partecipazione dello stesso ai PDTA attraverso sistemi di miglioramento della qualità progettata quale il "mystery client" ed "Audit Civico"  
 empowerment dei volontari per una migliore sinergia nella umanizzazione delle cure  
 miglioramento del percorso oncologico con introduzione della assistenza psicologica ed implementazione della rete dei volontari, delle cure palliative e delle reti di sostegno alla famiglia  
 implementazione della formazione degli operatori e degli adolescenti sulla violenza di genere  
 •ottimizzazione dei percorsi di screening ;  
 •ottimizzazione dei percorsi vaccinali con completa copertura delle coorti

E

## AREA STRATEGICA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ

attuazione del PAC aziendale  
 governo delle azioni per la prevenzione dei fenomeni corruttivi  
 azioni per la trasparenza e la intellegibilità aziendale per il cittadino

#### 4.4 Semantica degli obiettivi del piano triennale della Performance

Gli obiettivi specifici per il triennio individuati dalle 5 Aree strategiche sono concettualmente suddivisi in:

I. Obiettivi di sistema: implementati dalla Regione Lazio ed assegnati ai direttori generali sono obiettivi istituzionali che vengono assegnati ai dipartimenti e concorrono alla valutazione individuale dei dirigenti medici e alla valutazione degli incarichi della dirigenza e del comparto.

II. Obiettivi generali strategici aziendali che concorrono alla valutazione dei professionisti e dei team:

- Obiettivi generali 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 generali 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
  
- Obiettivi operativi di salute

- ✚ empowerment del cittadino con partecipazione dello stesso ai PDTA attraverso sistemi di miglioramento della qualità progettata quale il “mystery client” ed “Audit Civico
- ✚ empowerment dei volontari per una migliore sinergia nella umanizzazione delle cure;
- ✚ miglioramento del percorso oncologico con introduzione della assistenza psiconcologica ed implementazione della rete dei volontari, delle cure palliative e delle reti di sostegno alla famiglia;
- ✚ implementazione della formazione degli operatori e degli adolescenti sulla violenza di genere;
- ✚ ottimizzazione dei percorsi di screening ;
- ✚ ottimizzazione dei percorsi vaccinali con completa copertura delle coorti;
- ✚ miglioramento dell’accessibilità ai servizi ed abbattimento delle liste di attesa con proseguimento del progetto implementato nell’anno 2018;
- ✚ miglioramento dell’assistenza chirurgica erogata in ospedale con privilegio di trattamenti mininvasivi;
- ✚ miglioramento della integrazione ospedale territorio con la riorganizzazione ed il potenziamento dei distretti e la apertura della Casa della Salute a Palidoro;
- ✚ miglioramento della comunicazione con l’utente;
- ✚ implementazione della integrazione socio – sanitaria e sociale;
- ✚ riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera in tema di chirurgia oncologica e generale, chirurgia specialistica, medicina interna, nefrologia e riabilitazione.
- ✚ implementazione della umanizzazione delle cure in ostetricia e ginecologia.

Tali obiettivi vengono declinati e assegnati a tutte le strutture assicurando una costruttiva concertazione ed i relativi approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili ed i Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

## 4.5 Sinossi e declinazione degli obiettivi di piano e relativi indicatori

### 4.5.1.. Indicatori di area strategica A

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE		
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	Incremento della partecipazione del personale alla realizzazione della performance aziendale	Condivisione con tutto il personale degli obiettivi di budget negoziati con la Direzione Aziendale	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Riunione con tutti gli operatori per comunicare gli obiettivi - Negoziazione del budget con le UOC-UOSD afferenti alla struttura		
	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	Flusso SIO: chiusura entro 7 giorni dalla data di dimissione delle cartelle cliniche con esclusione dei decessi, dimissioni protette, dimissioni a domicilio in attesa di iter diagnostico, sequestri		% cartelle e cliniche chiuse entro 7 giorni	
		Flusso Farmaceutica: qualità, completezza, rispetto dei tempi di invio del File F, File R, DM e contratti		Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della Farmacia	
		Flusso SIO: Rispetto dei tempi di invio delle SDO attraverso il portale QUASIONLINE		Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Flussi informativi interni: elaborazione e rispetto dei tempi di invio dei set di indicatori definiti con il CdG per il monitoraggio della performance		Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Flussi informativi interni: elaborazione e rispetto dei tempi di invio dei set di indicatori definiti con il CdG per il monitoraggio degli obiettivi Pre.Val.E		Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	Aumento degli screening del tumore della mammella		% di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni) nel programma di screening organizzato	
		Aumento degli screening del tumore della cervice uterina		% di test di screening (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni) nel programma di screening organizzato	
		Aumento degli screening del tumore del colon retto		% di test di screening per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni) nel programma di screening organizzato	
	Riduzione e successiva eliminazione di Morbillo, Parotite, Rosolia	Aumento della copertura vaccinale MPR		% di copertura (tdc) a 24 mesi per la prima dose di vaccino MPR	
	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni		% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	
	Ottimizzazione dell'uso delle risorse	Corretto utilizzo delle camere operatorie		% di occupazione cute-cute rispetto alla disponibilità delle camere operatorie	
		Riduzione della degenza pre-operatoria		GGDD preoperatoria per dimessi ordinari in elezione/dimissioni ordinarie in elezione	
		Ottimizzazione dell'utilizzo dei Posti Letto			Tasso di occupazione dei Posti Letto ordinari (long stay hospital)
					Tasso di occupazione dei Posti Letto ordinari (week hospital)
					Tasso di occupazione dei Posti Letto in Day Hospital
		Ottimizzazione dei tempi di refertazione		% di dimissioni entro le ore 13,00 e nei giorni festivi e prefestivi % Prestazioni refertate entro 24 ore a pazienti ricoverati % Prestazioni refertate entro 2 ore a pazienti ambulatoriali % Prestazioni di screening mammografico refertate entro 20 gg. lavorativi % Prestazioni di screening refertate entro il valore atteso	
		Riduzione dei tempi di pagamento	Rispetto dei tempi di liquidazione dei documenti contabili		% dei movimenti di carico e di scarico dei beni di consumo registrati entro il valore atteso dalla data dell'effettivo ricevimento/consegna
	Rispetto dei tempi di pagamento			% dei movimenti di carico dell'esecuzione dei servizi registrati entro il valore atteso dalla data dell'effettiva esecuzione	
	Riorganizzazione delle reti laboratoristiche	Rispetto delle disposizioni regionali, monitoraggio delle fasi attuative		Indicatore di tempestività dei pagamenti Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Produzione report di monitoraggio delle fasi attuative - Produzione report di analisi dei costi e impatto sull'utenza	
	Riorganizzazione dell'attività di Anatomia e Istologia Patologica	Realizzazione Hub and Spoke Test HPV		Adempimento SI-NO-Parziale - Produzione report di monitoraggio delle fasi attuative	
	Miglioramento dell'ambiente lavorativo	Riduzione dei conflitti e delle liti interpersonali		N. segnalazioni giunte	
		Miglioramento della comunicazione interna ai servizi		Attivazione di incontri dedicati	
	Ottimizzazione della gestione delle convenzioni	Monitoraggio delle scadenze e azioni proattive (entro 90 gg. dalla scadenza) nei confronti delle strutture interessate		Adempimento SI-NO-Parziale - Produzione report trimestrale e annuale di monitoraggio	
	Ottimizzazione della gestione delle assicurazioni aziendali	Monitoraggio delle fasi gestionali delle polizze e della sinistrosità		Adempimento SI-NO-Parziale - Produzione report semestrale e annuale di monitoraggio	
	Ottimizzazione della gestione delle gare di acquisti di beni e servizi	Rispetto degli adempimenti previsti dalle pianificazioni delle gare svolte in forme autonome e/o centralizzate		Adempimento SI-NO Da adozione della delibera aziendale	
	Ottimizzazione della gestione delle risorse umane	Monitoraggio, corretta e tempestiva assegnazione in procedura gestionale delle risorse umane al CdC di appartenenza		Adempimento SI-NO Produzione report mensile con indicazione delle date di ricevimento della comunicazione e di inserimento in procedura	
		Rispetto degli adempimenti previsti dalle disposizioni regionali inerenti il Piano/Budget assunzionale		Adempimento SI-NO Produzione report con indicazione del delta temporale tra le date di approvazione del bando e assunzione delle nuove unità	
		Contenimento dei tempi medi di reclutamento per mobilità e per concorso		Adempimento SI-NO Produzione report con indicazione del delta temporale tra le date di approvazione del bando e assunzione delle nuove unità	
		Revisione della dotazione organica e del fabbisogno di personale assistenziale del comparto		Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Rilevazione del fabbisogno - Proposta di redistribuzione del personale	
	Miglioramento della tutela della salute pubblica	Rispetto degli adempimenti previsti dal Piano regionale integrato dei controlli per la sicurezza alimentare		% dei campioni effettuati rispetto ai campioni assegnati	
		Incremento dei controlli ufficiali sulla sicurezza		% dei controlli effettuati rispetto ai controlli previsti	
		Contenimento del randagismo attraverso la sterilizzazione dei cani introdotti nel canile		% dei cani sterilizzati rispetto ai cani introdotti	
	Incremento della adesione alla vaccinazione antinfluenzale dei residenti di 65 anni di età		% dei residenti di 65 anni invitati alla vaccinazione rispetto ai residenti di 65 anni al 31/12/2018		
Prevenzione del rischio e diritto di tutela	Consulenza legale nell'ambito del Comitato valutazione sinistri aziendale		Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura		

## 4.5.2 Indicatore di Area strategica B

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELLA APPROPRIATEZZA	Riduzione dell'affollamento in Pronto Soccorso	Riduzione della permanenza in PS/DEA	% accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore, escluso OBI e PS specialistici
		Riduzione della permanenza in PS/DEA degli accessi con Triage Rosso ed Esito ricovero/trasferimento	% accessi con Triage Rosso e tempo di permanenza in PS/DEA superiore alle 24 ore, escluso OBI e PS specialistici
		Chiusura Schede PS entro 12 ore	% Schede chiuse entro 12 ore
	Riduzione delle complicazioni per frattura del femore nell'anziano (>65 anni)	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore nell'anziano entro 48 ore dal primo accesso nella struttura di ricovero	% di interventi chirurgici per frattura del collo del femore nell'anziano entro 48 ore
		Riduzione del rischio per la donna e per il bambino	% di parti con taglio cesareo primario (struttura con n. parti annui maggiore di 1.000) % di schede "cure amiche della mamma e del bambino" inserite nella cartella ostetrica
	Incremento della qualità dell'assistenza materno infantile	Incremento della partoanalgesia nei parti spontanei	% di parti spontanei con analgesia
		Copertura totale dell'analgesia post-operatoria ai pazienti sottoposti a procedura chirurgica	% di pazienti sottoposti ad analgesia post-operatoria
	Autosufficienza sangue e suoi derivati	Incremento dell'attività di raccolta rispetto all'anno precedente	% di incremento dell'attività di raccolta rispetto all'anno precedente
	Utilizzo appropriato del ricovero diurno	Riduzione delle dimissioni in DH di area medica	% di dimissioni in DH con DRG medico su totale di dimissioni con DRG medico
	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	Riduzione della degenza media dei dimessi ordinari	GGDD ordinarie/dimissioni ordinarie
		Riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati	% di dimissioni ordinarie con DRG di classe D
	Riduzione tempi di attesa	Rispetto delle disposizioni regionali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di classe B	% prestazioni in classe B con rispetto tempi di attesa di cui al DCA 110/2017
		Rispetto delle disposizioni regionali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite) di classe D	% visite in classe D con rispetto tempi di attesa di cui al DCA 110/2017
		Rispetto delle disposizioni regionali per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (diagnostica strumentale) di classe D	% prestazioni di diagnostica strumentale in classe D con rispetto tempi di attesa di cui al DCA 110/2017
	Incremento della complessità assistenziale	Aumento del peso medio dei DRG	Peso Medio dei DRG ordinari
	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	Rispetto del budget assegnato	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Produzione report di monitoraggio dell'andamento della spesa per U.O. - Produzione report con evidenza delle azioni di contenimento della spesa
		Revisione delle procedure di gestione delle protesi nell'attività ospedaliera	% di procedure revisionate
	Miglioramento degli esiti delle cure	Aumento della tempestività dell'esecuzione di PTCA nei pazienti con STEMI	% di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura % di operatori del comparto con presenza in servizio entro 25 minuti dalla chiamata di reperibilità
		Riduzione della degenza post-operatoria degli interventi di colecistectomia laparoscopica	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni
	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	Corretta applicazione delle raccomandazioni ministeriali	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Effettuazione di sopralluoghi - Controlli con utilizzo di apposita check list
		Analisi e valutazione critica qualitativa e quantitativa delle attività di Risk Assessment	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Revisione delle procedure di recepimento
		Adozione del Piano annuale di risk management (PARM)	Adempimento SI-NO Da adozione della delibera aziendale
		Gestione degli alert epidemiologici per l'ICA	% degli interventi attuati rispetto agli alert ricevuti
	Miglioramento della qualità delle cure	Miglioramento della qualità organizzativa e implementazione del manuale della qualità	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Revisione della procedura - Iniziativa formativa
		Monitoraggio della corretta compilazione della SUT e della SDO, della valutazione del dolore e del rischio cadute	% delle cartelle cliniche esaminate rispetto a quelle selezionate in modalità random
		Implementazione e sviluppo della telemedicina	% dei pazienti inseriti in SIAT per telemedicina rispetto al totale dei pazienti ADI valutati per telemedicina % dei pazienti arruolati nei PDTA (BPCO-Diabete) rispetto al totale dei pazienti arruolabili
		Implementazione e/o revisione dei PDTA	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Implementazione dei PDTA - Revisione della procedura - Iniziative formative
Utilizzo appropriato dell'Istituto dell'attività libero professionale intramoenia	Monitoraggio dei volumi delle prestazioni effettuate in intramoenia rispetto a quelle istituzionali	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Produzione report di monitoraggio per Dipartimento, U.O. e singolo professionista	

## 4.5.3 Indicatori di Area strategica C

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Rispetto dei vincoli economici del Bilancio di Previsione concordato con la Regione	Rispetto del budget assegnato	Rapporto tra spesa e budget assegnato Monitoraggio trimestrale dell'andamento del rapporto tra spesa e budget assegnato Monitoraggio mensile dell'andamento del rapporto tra spesa del personale dipendente e convenzionato e budget assegnato
		Rispetto dell'appropriatezza prescrittiva	Produzione report MMG/distretti con evidenza delle criticità e partecipazione alle CAPD
		Rispetto del budget assegnato al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA	Rapporto tra spesa al netto innovativi e budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati
	Contenimento della spesa farmaceutica e per emoderivati	Raggiungimento del target della spesa netta convenzionata	% della spesa netta convenzionata rispetto al Fondo sanitario indistinto regionale
		Razionalizzazione dello straordinario	Rapporto tra n. ore di straordinario e n. ore di assenza del personale assegnato
	Contenimento dei costi del personale	Rispetto dei limiti individuali normativi e contrattuali delle ore di lavoro straordinario effettuate	N. di unità lavorative assegnate con superamento del limite individuale annuo contrattuale di ore di straordinario effettuato N. di unità lavorative assegnate con superamento del limite individuale settimanale normativo di ore di straordinario effettuato
		Aggiornamento dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento	Adempimento SI-NO
	Miglioramento dello stato patrimoniale	Aggiornamento dello stato di attuazione delle verifiche di vulnerabilità sismica degli immobili di proprietà	Adempimento SI-NO
		Alimentazione del flusso informativo ministeriale per le alte tecnologie	Adempimento SI-NO
		Recupero dei ticket non riscossi per prestazioni erogate a pazienti non esenti dal pagamento	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura
		Recupero dei crediti vantati dall'azienda	Numero di intimazioni, mese in mese, a recupero giudiziari con quantificazione del credito recuperato Da relazione formale del Responsabile della struttura
Contenimento dei costi per la diagnostica per immagini	Rispetto dell'appropriatezza prescrittiva	N. incontri formativi con MMG e rappresentanti UCP	

## 4.5.4 Indicatori di Area strategica D

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	
D - AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELLO EMPOWERMENT	Sviluppo della Contabilità Analitica	Corretta e tempestiva alimentazione del flusso informativo delle prestazioni interne	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Trasmissione alla Direzione Sanitaria di Presidio del flusso tramite foglio excel predisposto Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Trasmissione al CdG del flusso complessivo tramite foglio excel predisposto	
		Rispetto degli adempimenti previsti dal progetto regionale e SANPAC COAN	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Armonizzazione e aggiornamento dei CdR e CdC aziendali con le disposizioni regionali Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Monitoraggio e controllo dei flussi informativi alimentanti il sistema - Definizione dei criteri di attribuzione diretta e dei driver di ribaltamento dei costi e dei ricavi Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Monitoraggio e controllo dell'integrazione e della quadratura COGE-COAN	
			Redazione del Testo Unico dei regolamenti procedurali	Adempimento SI-NO Approvazione della delibera di costituzione del Testo Unico dei regolamenti procedurali
			Redazione del regolamento delle funzioni del DEC-RUP	Adempimento SI-NO Approvazione del regolamento procedurale
	Revisione e innovazione dei regolamenti e delle procedure	Dematerializzazione della modulistica per le assenze a vario titolo	Adempimento SI-NO Da avvio della procedura sul sistema rilevazione presenze	
	Dematerializzazione della documentazione amministrativa	Verifica del DEC-RUP sul rispetto delle clausole contrattuali da parte dei fornitori di beni e servizi	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale trimestrale del Responsabile della struttura	
	Controllo degli adempimenti contrattuali	Rispetto dello stato di avanzamento dell'implementazione del PAC aziendale	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile PAC aziendale	
	DCA n. 69/2018 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	Implementazione nuove tecnologie diagnostiche di laboratorio	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale trimestrale del Responsabile della struttura	
	Ammodernamento tecnologico	Incremento della sicurezza aziendale: studio della fattibilità in house dei sistemi di backup e di disaster recovery	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
	Sviluppo dei sistemi informativi	Costruzione dell'infrastruttura aziendale abilitante l'FSE e il Dossier Sanitario: implementazione del sistema di Data Registry e Data Repository secondo protocollo HL7	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Costruzione del sistema di gestione della Cartella clinica ospedaliera: implementazione del sistema	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Costruzione del sistema di gestione della attività libero professionale intramoenia: implementazione del sistema	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Verifica critica delle azioni poste a soluzione dei disservizi segnalati dai cittadini	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
	Miglioramento della capacità di risposta alla domanda di salute del territorio	Effettuazione di una indagine di customer satisfaction presso l'ospedale G.B. Grassi	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Redazione di due progetti/protocolli interni e/o con associazioni del Terzo settore per il miglioramento dei servizi erogati alla cittadinanza	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Revisione e aggiornamento continuo della Carta dei servizi	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Implementazione e/o aggiornamento della Carta dei servizi di reparto	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Adozione della scheda SVAMDI per la valutazione della disabilità per l'accesso alla residenzialità ex art. 26	% dei pazienti di età 18-65 anni valutati con la SVAMDI rispetto al totale dei pazienti di età 18-65 anni valutati per l'accesso alla residenzialità ex art. 26	
		Applicazione della procedura "Accesso ai servizi: PUA": adozione dei modelli comportamentali e delle modalità di offerta presso i quattro distretti aziendali	% dei pazienti di età >65 anni valutati con la SVAMDI rispetto al totale dei pazienti di età >65 anni valutati per l'accesso alla residenzialità ex art. 26	
		Monitoraggio delle azioni e attività integrate delle associazioni di volontariato in raccordo con i PUA e i distretti	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Integrazione della cartella clinica con quella infermieristica in ospedale e sul territorio	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	Analisi dei bisogni formativi e redazione del Piano formativo aziendale	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura
			Verifica dello stato di attuazione del Piano formativo aziendale	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura: - % Corsi realizzati su corsi programmati - % Partecipanti effettivi su adesioni previste
	Individuazione di attività formative "in house"		Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Presentazione progetto formativo - Realizzazione dell'attività	
	Ottimizzazione dei controlli sugli accreditamenti	Rispetto degli adempimenti di vigilanza ordinaria per la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	
		Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimento dell'accreditamento definitivo	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile della struttura	

## 4.3.1.5 Indicatori di Area strategica E

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Mappatura e analisi dei rischi di corruzione secondo le indicazioni del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza sugli adempimenti da parte della struttura
		Rispetto delle misure anticorruzione specifiche previste nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza e delle misure individuate e proposte nella mappatura/analisi dei rischi	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza sugli adempimenti da parte della struttura
		Pubblicazione sul sito Web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente delle informazioni di competenza previste dalla normativa e dal Programma Triennale della Trasparenza	Adempimento SI-NO-Parziale Da relazione formale del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza sugli adempimenti da parte della struttura



#### 4.6 Indicatori generali per le misurazioni di produzione e di appropriatezza per il governo dei LEA

indicatori P.Re.Val.E	
Volume	Colecistectomia Laparoscopica
	Infarto miocardico acuto
	Interventi PTCA
	Intervento chirurgico TM Polmone
	Intervento chirurgico TM Colon
	Intervento chirurgico TM Mammella
	Intervento chirurgico TM Frattura Collo femore
	Parti
Esito	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
	Frattura collo femore: intervento entro 2 giorni
	STEMI: proporzione di trattati entro 90 minuti
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
Appropriatezza medica	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica pediatrici
	Percentuali di ricoveri ordinari Brevi
	Percentuali di ricoveri ordinari Brevi pediatrici
	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni
Appropriatezza chirurgica	DRG LEA chirurgici: percentuale di Ricoveri in Day Surgery
	Percentuale di DRG medici dimessi dai Reparti chirurgici-DO
	Percentuale di DRG medici dimessi dai Reparti chirurgici-DH
	Percentuale di DRG medici dimessi dai Reparti chirurgici
	Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day Surgery e Ricovero ordinario di 0-1 giorno (PNE)
	Degenza Media pre-operatoria interventi chirurgici programmati ricoveri ordinari $>$ di 1 giorno

In attuazione del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 e s.m.i. e della Legge Regionale n. 1/2011, la Direzione strategica aziendale, con l'adozione del Piano triennale della performance 2019-2020, dà avvio all'intero ciclo che prevede la successiva emanazione delle linee guida per il processo di budget per l'anno di riferimento e la conseguente contrattazione di budget con i Centri di Responsabilità al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.

La valutazione annuale delle performance è suddivisa da valutazione individuale e valutazione organizzativa. Per la valutazione individuale viene valutata la partecipazione alle attività istituzionali aziendali, mentre la valutazione della performance organizzativa è definita con la valutazione della partecipazione dei singoli alle attività dei team ai quali sono stati assegnati specifici obiettivi di budget che concretizzano le sfide che la ASL ROMA 3 intende perseguire per il triennio.

E' caratterizzato dalle seguenti fasi:

- I. Deliberazione del Piano della Performance;
- II. Negoziazione di primo livello tra Direzione Aziendale e Negoziatori con produzione e sottoscrizione delle schede di budget di macroarea;
- III. Negoziazione di secondo livello tra i Negoziatori di Macrostruttura e i direttori e/o responsabili di UOC/UOSD o altre strutture titolari di budget e trasmissione degli stessi al Controllo di Gestione e Co.An. per la produzione e sottoscrizione delle singole schede di UOC e UOSD;
- IV. Verifica di coerenza degli obiettivi negoziati nella fase di secondo livello da parte della funzione Controllo di Gestione e messa a punto di un sistema di monitoraggio degli obiettivi identificati e delle relative fonti di acquisizione dati;
- V. Negoziazione da parte delle UOC con le UOS e con i singoli dirigenti e delle UOSD con i singoli dirigenti e produzione di schede personali di partecipazione agli obiettivi di team e negoziazione della direzione strategica con gli staff.

Il regolamento della negoziazione definisce nel dettaglio le singole fasi.

### 5.1 I Negoziatori

L'Azienda adotta il modello dipartimentale pertanto la negoziazione avviene su tre distinti livelli:

- I. Negoziazione della direzione strategica con le macrostrutture ovvero Dipartimenti e Aree. La negoziazione avviene con il direttore della singola macrostruttura.
- II. Negoziazione dei dipartimenti e delle aree ovvero delle macrostrutture con le strutture afferenti (UOC e UOSD)
- III. Negoziazione delle UOC con le proprie UOS, delle UOSD con i propri professionisti ed ancora negoziazione delle direzioni strategiche con gli staff e per la direzione sanitaria anche con la direzione medica di presidio. La negoziazione avviene con i direttori e/o responsabili di dette strutture o, in caso di vacanza, altro dirigente individuato dal direttore della Macrostruttura.

## 5.2 Il Processo di Budget

Il processo di negoziazione del budget, misurazione e valutazione è stato impostato secondo uno schema logico-temporale che prevede le seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi alla singola macroarea come funzionali al raggiungimento dei singoli obiettivi di piano individuati dalla direzione strategica e definizione degli indicatori di raggiungimento e modalità di misurazione;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- negoziazione con gli altri livelli di produzione;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, agli organi di controllo, nonché ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi attraverso la pubblicazione di tutti i documenti e le fasi sulla sezione del Controllo di gestione del sito aziendale.

Nel documento di pianificazione delle attività (schede di budget) saranno prese in considerazione le seguenti prospettive, oltre quella economico-finanziaria, di governo clinico e appropriatezza già inclusa nell'attuale processo:

- prospettiva del consumatore/utente;
- prospettiva dei processi aziendali;
- prospettiva di governo delle risorse umane.

In particolare, nella prospettiva del consumatore/utente, sarà valorizzata l'attenzione sul processo assistenziale e il momento della cura che devono costantemente tenere conto dell'individualità, del contesto, dell'ambiente sociale e dell'autonomia delle persone.

Tutto il processo, in particolare l'assegnazione degli obiettivi a ciascun Centro di Responsabilità, con i relativi indicatori di misurazione, e, successivamente, il risultato della valutazione sono resi trasparenti attraverso la pubblicazione sul sito aziendale, nella Sezione curata dal Controllo di Gestione, delle deliberazioni del direttore generale di recepimento delle varie fasi: assegnazione degli obiettivi, individuazione degli indicatori di valutazione, valutazione, percentuale di raggiungimento degli obiettivi.

### **5.3 Valutazione e verifica dei risultati**

Com'è noto, la legge delega 4 marzo 2009, n. 15 ed il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., innovando la materia della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, anche con riferimento alla revisione del sistema retributivo dei dipendenti, hanno introdotto il concetto della performance riferito all'amministrazione, nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative, ed ai singoli dipendenti, in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

L'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, prevede che le amministrazioni valutino annualmente la performance organizzativa ed individuale sulla base di un Sistema di misurazione e valutazione della performance, di cui si sono dotate adottando un apposito provvedimento.

In particolare, per gli enti pubblici dipendenti dalla Regione Lazio, ivi compresi gli enti del servizio sanitario regionale, l'articolo 15 della legge Regione Lazio 16 marzo 2011, n. 1, individua le attività che sono di competenza dell'OIV ed i principi generali che ispirano il funzionamento del sistema della valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità.

Nel rispetto della normativa vigente e di quanto disposto dai CC.CC.NN.LL. di categoria, il sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e di valutazione della prestazione e dei risultati;
- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e di valutazione della prestazione e dei risultati;
- le modalità di raccordo ed integrazione con i sistemi di controllo esistenti;

- le modalità di raccordo ed integrazione con i documenti di programmazione economico finanziaria e di bilancio.

La misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati individuali perseguono, nel rispetto dei principi sanciti dall'articolo 9 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, le finalità di valorizzazione del merito del personale, differenziando in maniera significativa i vari livelli di prestazioni, avuto riguardo all'obiettivo di promuovere lo sviluppo del personale attraverso l'individuazione delle modalità operative più efficaci ed efficienti ai fini del raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione individuale è uno strumento fondamentale per lo sviluppo professionale del personale che si inserisce in un più generale processo di razionale e corretta gestione delle risorse umane al quale è collegata l'attribuzione anche di incentivi di natura economica.

#### **5.4 Monitoraggio**

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Macro Strutture dell'Azienda, verrà effettuato dal Controllo di Gestione e Co.An..

Tutti i Negoziatori delle Macrostrutture dovranno inviare al Controllo di Gestione sopracitato, una relazione trimestrale sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati.

Le relazioni dovranno essere corredate di tutti gli allegati idonei alla verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi. In sede di valutazione complessiva si terrà conto del mancato rispetto delle tempistiche previste per l'invio delle suddette relazioni, nonché la non rispondenza delle stesse rispetto a quanto richiesto nelle schede di budget.

Tutti i responsabili di UOS dovranno trasmettere una relazione sintetica, completa dei valori numerici di monitoraggio al Responsabile di UOC e questo ultimo al Negoziatore di Macrostruttura di afferenza.

Con periodicità almeno trimestrale vengono fornite ai responsabili di budget le necessarie informazioni, in termini di attività e di utilizzo di risorse, per consentire un confronto tra i risultati raggiunti e quelli programmati, al fine di porre in essere le opportune azioni correttive. Qualora le condizioni interne lo impongano il Dirigente responsabile di budget può richiedere alla Direzione Generale di riformulare gli obiettivi assegnati, adattandoli ai nuovi contesti.

## 5.5 Verifica dei risultati

Per i Negoziatori di Macrostruttura, la verifica preliminare conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Controllo di Gestione e Co.An., validata dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per la parte di rispettiva competenza e successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Qualora un obiettivo si ritenesse non valutabile per modifiche delle normative di riferimento o per cause esterne sopraggiunte che ne impediscano la realizzazione, sarà cura del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di propria competenza, rideterminare il valore del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Per i Direttori/Responsabili di UOC/UOSD la verifica preliminare conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore della macrostruttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa al Controllo di Gestione e Co.An. per il controllo di coerenza e congruità tra i punteggi attribuiti, gli obiettivi assegnati e l'effettivo grado di raggiungimento degli stessi.

Concluso il controllo di coerenza e congruità, il Controllo di Gestione Co.An. trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Per i Dirigenti delle U.O.S. la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore/Responsabile della UOC, vistata dal Negoziatore della macrostruttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOC Risorse Umane (Verifiche e Sistemi premianti) che la trasmetterà successivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

## 5.6. Criteri delle verifiche

Per assicurare la migliore e più trasparente azione di verifica sarà necessario seguire i seguenti criteri:

- le verifiche saranno condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili;
- le verifiche non dovranno essere generiche ma specifiche per ogni struttura;
- nel caso in cui il Direttore sovraordinato non raggiungesse un obiettivo, il mancato raggiungimento dovrà trovare corrispondenza anche in una o più delle strutture sotto ordinate;
- il Controllo di Gestione verificherà la completezza dei risultati raggiunti e la coerenza tra i risultati delle strutture sovra ordinate con quelli delle strutture sotto ordinate.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario valuteranno le giustificazioni/argomentazioni a supporto dell'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo, per l'opportuna specifica valutazione che verrà successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per la successiva istanza.

La misurazione degli obiettivi avviene con un sistema di ponderazione.

Il sistema di ponderazione tiene conto della articolazione e della specificità delle diverse linee di attività.

Dal punto di vista computazionale il sistema è strutturato attribuendo un punteggio a ciascuna delle categorie di cui sopra fino a raggiungere un massimo di 100 punti.

All'interno di ciascuna categoria, viene attribuito un punteggio al raggiungimento dei singoli obiettivi (determinato con opportuni indicatori) fino ad arrivare, anche qui, a un massimo di 100 punti.

Il punteggio attribuito ai singoli obiettivi si basa su una valutazione complessiva e congiunta dei livelli di scostamento % tra il valore consuntivo e quello negoziato degli indicatori facenti parte dell'obiettivo.

Per ogni obiettivo viene calcolato il punteggio ponderato con la formula:

$$\frac{(PunteggioMaxObiettivo) * (PunteggioAttribuito)}{100}$$

Successivamente viene calcolato il punteggio complessivo di ciascuna categoria (area) con la seguente formula:

$$\frac{(PunteggioMaxCategoria) * (SommaPunteggioSingoliObiettivi)}{100}$$

Il punteggio globale sarà determinato dalla somma dei punteggi delle Aree.

Qualora il mancato o parziale raggiungimento di un determinato obiettivo fosse indipendente dalla effettiva gestione del direttore della struttura, tale obiettivo potrebbe essere sterilizzato, previa autorizzazione della Direzione Strategica. In tal caso non sarà assegnato alcun punteggio ed il punteggio globale sarà poi ricalcolato rapportando a 100 il max conseguibile.