

**Deliberazione Direttore Generale n. 522 del 31/05/2022**

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

<b>STRUTTURA PROPONENTE:</b> UOS Controllo di Gestione
<b>OGGETTO:</b> Approvazione del Piano della Performance 2022-2024 L' Estensore: Mariagrazia Marrapodi

<b>Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli</b> <b>Parere DA:</b> FAVOREVOLE
<b>Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Daniela Sgroi</b> <b>Parere DS:</b> FAVOREVOLE
Il presente provvedimento <b>non necessita</b> di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale. <p style="text-align: right;">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Andrea Storri</p>
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 1126 Hash .pdf (SHA256): f428185d32a8762cfd4fa1ec31f28dd654ad1f5c3668560dd2a2911bd9c14969 Hash .p7m (SHA256): a65a6264e9487c634fad4e404347ec82ba197e196d9bc93cc73799eab1c6a673 Firme digitali apposte sulla proposta: Merli Francesca,STORRI ANDREA,SGROI DANIELA Il Responsabile del Procedimento: Mariagrazia Marrapodi Il Dirigente: Andrea Storri Il Direttore del Dipartimento:

## II DIRIGENTE UOS CONTROLLO DI GESTIONE

- Vista** la Deliberazione n. 13 del 09.01.2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00033 dell'11.02.2020 e pubblicato sul BURL del 13.02.2020 n. 13;
- 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;
- che l'articolo 6 del D.Lgs n.80/2021 , il c.d. " Decreto Reclutamento", ha introdotto il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR, di cui il Piano della Performance 2022-2024 dovrà essere una sezione, e la cui redazione è stata ulteriormente prorogata al 30/06/2022;

che ad oggi non sono state emanate le linee guida del PIAO e che si rende necessario approvare il presente provvedimento al fine definire la performance nel triennio 2022/24;

- 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;
- 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 al 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;

## Deliberazione

---

- Vista** la DGR n. 406 del 26/06/2020 “Preso d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato di *Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019 - 2021* adottato con DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
- 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”;
- Viste** le disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e del lavoro agile di cui all’art. 14, comma 1, Legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall’art. 263, comma 4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020;
- Ritenuto** pertanto di procedere all’adozione del Piano della Performance (Allegato n. 1) 2022-2024 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 2022 – 2024”, 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  
UOS CONTROLLO DI GESTIONE  
Dott. Andrea Storri**

## IL DIRETTORE GENERALE

- Visto** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00201 del 29.10.2021;
- Viste** la deliberazione n. 1 del 2.11.2021 avente ad oggetto “Insediamento della Dr.ssa Francesca Milito in qualità di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3;
- Letta** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal responsabile in frontespizio indicato;
- 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

## Deliberazione

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 2022 - 2024”, 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, composto di pagine 6 e da 1 allegato 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**  
**Dr.ssa Francesca Milito**

# PIANO DELLA PERFORMANCE 2022 - 2024

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

## Sommario

Premessa .....	4
1. CHI SIAMO .....	5
1.1 La ASL ROMA 3 .....	5
1.2 La mission della ASL ROMA 3 .....	8
1.3 La Vision della ASL ROMA 3 .....	9
2. LA ASL IN CIFRE .....	10
2.1 Il capitale umano della ASL ROMA 3 nel 2021 .....	11
2.2. Presidio Unico Grassi – CPO .....	13
2.3 Strutture Accreditate .....	15
2.4 I nostri dati di bilancio .....	22
L'ANALISI DEL CONTESTO ASL ROMA 3 .....	23
3.1 Analisi del contesto esterno .....	23
3.2 Analisi del contesto interno .....	24
3.3 L' Analisi SWOT .....	32
4. IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE .....	33
4.1 Da dove partiamo ovvero cosa è stato fatto nel 2021 .....	33
4.2 Piano strategico e patto con i Cittadini per il triennio 2022-2024 .....	34
4.3 Il Piano Organizzativo per il Lavoro Agile .....	39
4.4 L' albero delle performance .....	41
4.5 Semantica degli obiettivi del piano triennale della Performance .....	42
4.6 Sinossi e declinazione degli obiettivi di piano e relativi indicatori .....	44
4.7 Indicatori generali per le misurazioni di produzione e di appropriatezza per il governo dei LEA previsti dal Nuovo sistema di Garanzia .....	46
5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....	47
5.1 I Negoziatori .....	48
5.2 Il Processo di Budget .....	48
5.3 Valutazione e verifica dei risultati .....	49
5.4 Monitoraggio .....	51
5.5 Verifica dei risultati .....	51
5.6. Criteri e tempistica delle verifiche .....	52



## Premessa

Il Piano della Performance è stato introdotto dal D.Lgs. 150/2009 nonché 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 nonché 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 2022-2024, 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.

Si procede alla redazione del presente Piano in quanto il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), di cui doveva essere una sezione, non è ancora vigente.

L'Azienda, nel Piano, struttura l'albero della performance nel quale vengono definiti gli obiettivi strategici ed operativi che, attraverso le fasi del ciclo della 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.

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 opera su un territorio che insiste nella provincia di Roma con una popolazione complessiva di 603.080 abitanti (dati al 31.12.2020 dalle anagrafi comunali e non aggiornati al 31/12/2021 - Fonte dati Comune di Roma), 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 Km<sup>2</sup> (fonte dati Comuni di Roma al 31.12.2021 e Fiumicino al 31.12.2021).

ASL Roma 3 Distretti	Estensione in kmq	% sul totale	Popolazione residente	% sul totale	Densità al Kmq
MUNICIPIO X	150.6	29%	228.731	38%	1.523
MUNICIPIO XI	70.9	14%	152.924	25%	2.164
MUNICIPIO XII	73.1	14%	139.838	23%	1.912
COMUNE DI FIUMICINO	222.4	43%	83.188	13%	371
TOTALE	517	100 %	604.681	100%	1.170

L'Azienda è articolata in quattro distretti:

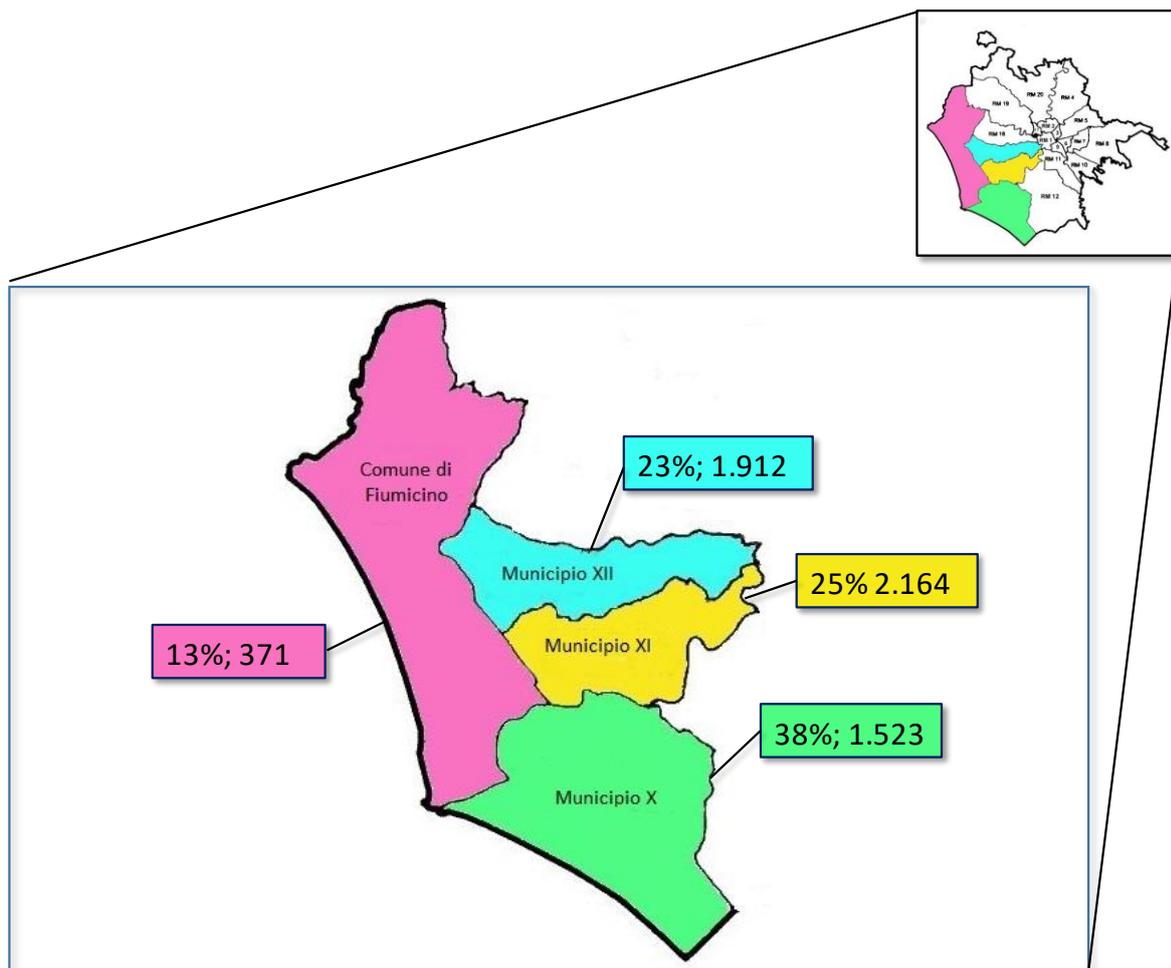
Distretto Sanitario Comune di Fiumicino con sede in Via degli Orti, 10 – 00054 Fiumicino (ROMA)

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 Via Bernardino Ramazzini, 31 00151 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 e ad una efficienza 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;
- ✓ Miglioramento dell'efficienza gestionale;
- ✓ 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 e 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. 13 del 09/01/2020 l'Azienda ha approvato il vigente Atto Aziendale.

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 tre Aree Funzionali:

1. Area Funzionale Interdipartimentale per lo sviluppo delle attività di telemedicina ad integrazione ospedale territorio e per la medicina specialistica;
2. Area Funzionale Interdipartimentale integrazione ospedale territorio per screening e diagnostica per immagini;
3. Area Funzionale delle Attività Amministrative Decentrate

## **2.1 Il capitale umano della ASL ROMA 3 nel 2021**

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.

Allo stesso tempo, 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 31/12/2021, compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere.

<b>Personale in servizio al 31/12/2021</b>				
<b>Descrizione Dipendente</b>	<b>Personale</b>	<b>donne</b>	<b>uomini</b>	<b>Totale complessivo</b>
<b>COMPARTO</b>	Ruolo Amministrativo	178	68	246
	Ruolo Professionale			
	Ruolo Sanitario	896	275	1.171
	Ruolo Tecnico	142	108	250
<b>COMPARTO Totale</b>		<b>1.216</b>	<b>451</b>	<b>1.667</b>
<b>Descrizione Dipendente</b>	<b>Personale</b>	<b>donne</b>	<b>uomini</b>	<b>Totale complessivo</b>
<b>DIRIGENZA</b>	Ruolo Amministrativo	4	5	9
	Ruolo Professionale	2	3	5
	Ruolo Sanitario	260	194	454
	Ruolo Tecnico	2	3	5
<b>Dirigenza Totale</b>		<b>268</b>	<b>205</b>	<b>473</b>

<b>Totale complessivo</b>	<b>1.484</b>	<b>656</b>	<b>2.140</b>
---------------------------	--------------	------------	--------------

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2021) a n. 230 unità.

## 2.2. Presidio Unico Grassi – CPO

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

POSTI LETTO ORDINARI - dati mensili 2021																		
Ospedale G. B. Grassi	cod. U.O.	Unità Operativa	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	DCA 291/2017	Determina 18 giugno 2021 n° G07512/2017 ORDINARI	DELTA PL ordinari	Mod. HSP 12 (al1/1/2021)
	08	Cardiologia	16	16	16	16	16	16	16	16	16	17	16	16	18	18	(+2)	16
	09	Chirurgia generale	11	14	14	14	14	14	16	16	18	18	18	18	37	37	(+2 1/+ 18)	11
	36	Ortopedia e traumatologia	11	14	14	14	14	14	15	15	13	13	13	13	25	25	(+9/ +5)	11
	26	Medicina generale	20	46	22	22	38	58	58	58	52	52	51	25	58	51	(-1)	20
	26.77 *	Medicina generale COVID	0	0	30	30	30	0	0	0	0	0	0	20				0
	37	Ostetricia e ginecologia	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	28	28	(+3)	25
	39	Pediatria	9	9	9	9	9	9	9	9	4	4	4	4	9	9	(-5)	9
	40	Psichiatria	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	0	16
	49	Terapia intensiva	4	4	4	4	4	10	10	10	10	10	10	10	18	19	(+9)	4
	50	Unità terapia intensiva coronarica	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	0	6
	51	Medicina d'urgenza	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	0	0
	51.77 *	Medicina d'urgenza COVID	50	20	20	20	16	0	0	0	0	0	0	0				54
	62	Neonatologia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	6	(+3)	3

29	Nefrologia											7	7		7	(+7)	
49.77 *	Terapia intensiva COVID	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0				10
<b>TOTALE</b>		181	198	189	189	191	171	174	174	163	164	169	163	237	238		185
31	Nido	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26				26

POSTI LETTO DH - dati mensili 2021, confronto con DCA 2017 e situazione attuale																	
9809	Day surgery Chirurgia	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5						5
9834	Day surgery Oculistica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						2
9836	Day surgery Ortopedia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						2
9837	Day surgery Ostetr.e Ginecol	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5						5
9838	Day surgery ORL	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3						3
26	Day hospital Medicina	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9					9	9
39	Day hospital Pediatria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					1	1
40	Day hospital Psichiatria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					2	2
<b>TOTALE</b>		29	29	29	29	29	29	29	29	29	29					29	29

### Sede CPO

Codice disciplina	PL ordinari	DH	PL ordinari Utilizzati al 31/12/2021	PL DH Utilizzati al 31/12/2021
28	24	2	14	1
56*	14	1	14	1

\*Attivato dal 01/10/2021

Partecipazione alla rete Ospedale G.B. Grassi

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

### 2.3. Strutture accreditate

In seguito al peggioramento dell'andamento dell'epidemia da Sars-CoV-2 la Regione Lazio ha chiesto alle Strutture Sanitarie una rimodulazione dell'attività per la creazione di p.l. dedicati all'assistenza di pazienti con Covid-19+ e p.l. "non -covid", considerabili di resilienza, dedicati all'accoglienza di pazienti provenienti da Ospedali che hanno riconvertito la propria attività al fine di centralizzare l'assistenza ai pazienti Covid-19+ e comunque dai Pronto Soccorso ospedalieri. Tale configurazione, parzialmente attiva dal 01/01/2022, è continuamente rimodulata in base alle esigenze collegate all'andamento della curva pandemica e, pertanto è da ritenersi provvisoria.

Da quanto sopra rappresentato, oltre alle due strutture Città di Roma e Istituto Clinico Casal Palocco, che hanno svolto le funzioni COVID Hospital, ha subito un'importante rimodulazione anche l'European Hospital assorbendo parte dell'attività ordinaria già erogata da Città di Roma, con parziale spostamento del budget di Città di Roma.

Tali provvedimenti, da ritenersi provvisori, di rimodulazione delle suddette strutture ed in dipendenza della curva epidemiologica, non hanno sostanzialmente comportato variazione di spesa, rispetto alla gestione ordinaria.

Tutto ciò premesso le strutture accreditate nel territorio della ASL Roma 3 sono le seguenti:

### **Strutture di ricovero private (solo posti letto accreditati)**

#### **ACUTI**

##### **Gestione ordinaria**

Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital
Casa di Cura European Hospital	51	0
Casa di Cura Merry House	30	0
Casa di Cura Villa Pia	154	9
IRCCS S. Raffaele Roma	30	0
Ospedale Israelitico	95	19
Policlinico Di Liegro	65	13

#### **RIABILITAZIONE**

##### **Gestione ordinaria**

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	241	27
Policlinico Di Liegro	53	6

#### **LUNGODEGENZA - RSA**

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	97 (R.S.A. 56 – 41 lungodegenza post-acuzie)
Casa di Cura Villa Giulia	40 R.S.A.
Casa di Cura Valle dei Casali	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
Policlinico Di Liegro	30 lungodegenza post-acuzie

### NEURO PSICHIATRICHE

Struttura	n. P.R.
Casa di Cura Villa Armonia Nuova	104
Casa di Cura Villa Giuseppina	80
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	24
Casa di Cura Città di Roma	24
Casa di Cura Villa Pia	34
Only Dialisis	15
Policlinico Di Liegro	16

### Altre Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate ed extraterritoriali

Struttura
A.O. San Camillo Forlanini
I.R.C.C.S. Spallanzani
I.R.C.C.S. Bambino Gesù - Palidoro
Ospedale San Giovanni Battista

## Centri accreditati ex art. 26 legge 833/78

### RESIDENZIALE

Struttura
A.N.F.F.A.S.- Roma
C.E.M.
Casa di cura Villa Sandra
Casa Santa Maria Divina Provvidenza
Centro Padre Pio
E.C.A.S.S.

### SEMIRESIDENZIALE

Struttura
A.N.F.F.A.S.- Roma
C.E.M.
Casa Santa Maria Divina Provvidenza
Centro di riabilitazione San Raffaele
Centro Padre Pio
COES
Consorzio UNISAN
Cooperativa al Parco
Cooperativa OSA Majorana
E.C.A.S.S.
Fondazione Roma Litorale E.T.S. (ex A.N.F.F.A.S.)
Scuola Viva

### NON RESIDENZIALE

Struttura
A.N.F.F.A.S.- Via Aurelia
C.E.M.
Centro di riabilitazione San Raffaele
Centro Padre Pio
COES
Cooperativa al Parco
Cooperativa OSA Majorana
Cooperativa UNISAN Sbricoli
Cooperativa UNISAN Via Q.Majorana
E.C.A.S.S.
Fondazione Roma Litorale E.T.S. (ex A.N.F.F.A.S.)
RI.FI.
Scuola Viva

## Gestione aggiornata con posti letto Covid

### ACUTI- Attivi al 31.12.2021

Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital
Casa di Cura Città di Roma	149	0
Istituto Clinico Casal Palocco (Autorizzato)	80 pl Covid 19 + 40 t.i.	0

### ACUTI (attivati e chiusi nell'anno 2021)

Struttura	p.l. Covid-19+	p.l. resilienza
IRCCS S. Raffaele - Roma	86	
Ospedale Israelitico	22	
Policlinico Di Liegro	25	25

### LUNGODEGENZA - RSA

#### Gestione aggiornata posti letto Covid 19

Struttura	p.l. Covid-19+	p.l. resilienza
RSA Parco delle rose		14
RSA Villa Giulia		2

Strutture private di assistenza specialistica ambulatoriale, di riabilitazione e socio-sanitarie

presso il Distretto sanitario Comune di Fiumicino

STRUTTURA	SEDE
NUOVI LABORATORI	VIA EUCARIO SILBER, 7/C
NUOVI LABORATORI	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 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	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
NUOVI LABORATORI	VIA PAOLO ORLANDO, 52
NUOVI LABORATORI	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
IAC 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	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
POLICLINICO DI LIEGRO	VIA DEI BUONVISI, 50

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 CASETTA MATTEI, 153/D

## 2.4 I nostri dati di bilancio

Vengono illustrati infine i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni che rappresentano il punto di riferimento e di partenza per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano triennale 2022-2024

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Concordato 2021	Proposta Bep 2022
A-Valore della produzione	1.047.137	1.047.776	1.089.225	1.076.153	1.072.153
B-Costi della produzione	1.039.508	1.040.756	1.078.051	1.064.957	1.174.311
<b>Differenza tra valore e costi della produzione</b>	<b>7.629</b>	<b>7.020</b>	<b>11.173</b>	<b>11.195</b>	<b>-102.157</b>
C-Proventi e oneri finanziari	-7.440	-3.605	4.699	3.550	4.230
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	8.448	5.121	2.426	65	-18
X-Risultato prima delle imposte	<b>8.637</b>	<b>8.536</b>	<b>8.901</b>	<b>7.636</b>	<b>-106.406</b>
Y-Imposte e tasse	8.638	8.536	8.901	7.710	11.740
<b>Z-RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>(118.147)</b>

La perdita 2022 ha previsto l'impatto dei maggiori costi Covid per l'intero anno, sostenuto con

le sole risorse aziendali.

## L'ANALISI DEL CONTESTO ASL ROMA 3

### **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 - soprattutto in questo particolare momento di post emergenza sanitaria - dalle scelte strategiche che i legislatori, ai diversi livelli istituzionali, stanno ponendo in essere.

Importante evidenziare tutte le iniziative che l'Azienda sta predisponendo per rafforzare e sviluppare le reti e i presidi territoriali e ospedalieri così come previsto dal PNRR, meglio di seguito dettagliato.

Sono costantemente messe in atto azioni volte, all'efficienza del sistema, in particolare attraverso un'analisi del contesto, alimentando il senso di appartenenza all'organizzazione e promuovendo iniziative per migliorare il clima organizzativo, la qualità del lavoro e del tempo. L'obiettivo dei prossimi anni è quello di consolidare il recupero di efficienza contabile e gestionale e avviare azioni migliorative in quegli ambiti nei quali non si sono ancora raggiunti standard di efficacia, efficienza e appropriatezza dei processi.

Nello specifico è necessario avviare un percorso di trasformazione del sistema verso la piena integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione.

A tal fine la Regione Lazio deve investire nel miglioramento strutturale e tecnologico e nel processo di formazione del personale.

La Regione ha già avviato la revisione della governance istituzionale del SSR, prevedendo l'accentramento di alcune funzioni tecnico-specialistiche di carattere organizzativo-gestionale, consentendo una maggiore focalizzazione delle Aziende sanitarie nei servizi alla persona.

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 recupero della produzione ospedaliera e ambulatoriale, indispensabili per la ripartenza dopo l'emergenza sanitaria causata dalla pandemia COVID-19.

Nella definizione del set di obiettivi presenti nell'albero della performance viene fatto riferimento anche alla metodologia e ai contenuti di programmazione e controllo riferiti ai seguenti ambiti:

- Definizione delle strategie direzionali;
- Sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa (sistema di budgeting);
- Sistema di valorizzazione della performance individuale.

La finalità di tali contenuti è assicurare e garantire elevati standard qualitativi ed economici dei servizi erogati tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale, oltre a rendere partecipe dei relativi contenuti la comunità e gli utenti

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

Con la deliberazione n. 13 del 09/01/2020 l'Azienda ha approvato l'Atto Aziendale in vigore, approvato con DCA Regione Lazio n. U00033 dell'11/02/2020 e pubblicato sul BURL del 13/02/2020.

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 UOC 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 complementarietà 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

- UOS Vaccinazioni e Immunoprofilassi
- UOS Prevenzione primaria nelle scuole

- UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale

- UOS Controlli e verifica adempimenti

- UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro

- UOS Prevenzione e formazione alla sicurezza negli ambienti di lavoro

- UOC Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche

- UOS Anagrafe degli animali e degli operatori zootecnici

- UOC Amministrativa della Prevenzione e della 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 Socio Sanitaria

- UOC Distretto Comune di Fiumicino

- UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
- UOS Fragilità e Cure domiciliari

- UOC Distretto X Municipio

- UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
- UOS Fragilità e Cure domiciliari

- UOC Distretto XI Municipio

- UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
- UOS Fragilità, Cure domiciliari e NAD

- UOC Distretto XII Municipio

- UOS Assistenza primaria e Casa della Salute
- UOS Fragilità e Cure domiciliari

- UOC Medicina Legale

- UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia
  - UOS Coordinamento Consultori Aziendali
  - UOS Assistenza Specialistica, CUP, liste di attesa
  - UOS Governo Disagio giovanile
- UOC Amministrativa Cure Primarie (affidente 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
    - UOS Governo dei percorsi clinici
    - UOS Centro Salute mentale distretto X Municipio
  - UOC Salute Mentale XI Municipio e XII Municipio
    - UOS Governo dei percorsi clinici
    - UOS Centro Salute mentale distretto XI Municipio
  - UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
    - UOS SPDC San Camillo
  - UOC Salute Dipendenze
    - UOS Governo percorsi dipendenze area litorale
  - UOC Salute Mentale in Età Evolutiva
    - UOS Governo percorsi patologie dell'adolescenza
  - UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale (affidente 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
    - UOS Logistica
  - UOC Farmacia Territoriale
    - UOS Farmacoepidemiologia, Monitoraggio spesa farmaceutica e Vigilanza farmacie
    - UOS Distribuzione diretta

- UOC Servizio Immuno Trasfusionale (SIMT)
  - UOS Diagnostica Immunoematologica
- UOC Laboratorio Analisi
  - UOS Attività diagnostica di Laboratorio ambulatoriale interdistrettuale
- UOSD Anatomia e Istologia Patologica
  
- Dipartimento di Medicina
  - UOC Medicina
    - UOS Diagnostica ultrasonografica internistica
    - UOS Governo pazienti in holding area in attesa di posto letto
  - UOC Cardiologia
    - UOS UTIC
    - UOS TAO/NAO e governo piani terapeutici anche in telemedicina
    - UOS Cardiologia Interventistica (aritmie e emodinamica)
  - UOC Riabilitazione e Centro Spinale
    - UOS Percorso diagnosi cura e prevenzione Osteoporosi
  - UOC Pediatria
  - UOC Nefrologia e Dialisi
    - UOS Nefrologia-Trattamenti in area critica e Dialisi domiciliare
  - UOSD Neonatologia
  - UOSD Oncologia
  - UOSD Gastroenterologia
  
- Dipartimento di Chirurgia
  - UOC Chirurgia Generale
    - UOS Coordinamento sale operatorie
    - UOS Preospedalizzazione Chirurgica centralizzata
    - UOS Chirurgia d'Urgenza
    - UOS APA
  - UOC Ortopedia e Traumatologia
    - UOS Traumatologia ortopedica dell'anziano
  - UOC Oculistica

- UOC Ostetricia e Ginecologia
  - UOS Blocco Parto e Pronto Soccorso
  - UOS Legge 194/78
- UOC Odontoiatria Preventiva e Sociale
  - UOS Trattamento patologie del cavo orale e del tratto cervicale dei pazienti fragili
- UOSD Anestesia (disciplina anestesia e rianimazione)
- UOSD Patologie Otorinolaringoiatriche, del Cavo orale e Cervicofacciali (disciplina otorinolaringoiatria)
- UOSD Chirurgia Mininvasiva
  
- Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)
  - UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
    - UOS Pronto Soccorso
    - UOS Medicina d'Urgenza
    - UOS Governo codici a bassa priorità
  - UOC Diagnostica per Immagini
    - UOS Diagnostica per Immagini DEA
    - UOS Radiodiagnostica per Immagini Coordinamento attività territoriali
  - UOSD Rianimazione (disciplina anestesia e rianimazione)
  - IP Percorsi aziendali per la Terapia del Dolore
  
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie
  - UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico Ospedaliero
    - UOS Integrazione ospedale territorio della gravidanza e del parto a basso rischio ostetrico e governo della casa del parto
  - UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie
  - UOC delle Professioni Tecniche, Riabilitative e Sociali
    - UOS Coordinamento percorsi contrasto violenza di genere
  - UOSD delle Piattaforme Assistenziali di Degenza
  - UOSD Gestione Piattaforme Logistiche
  
- Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

- UOC Risorse Umane
    - UOS Trattamento economico Dipendenti e Convenzionato
  - UOC Risorse Economico Finanziarie
    - UOS Contabilità Analitica
  - 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)
    - UOS Governo Cartelle cliniche e verifica SDO
    - UOS Igiene e Tecnica ospedaliera C.P.O.

## 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 Interdipartimentale per lo sviluppo delle attività di Telemedicina ad integrazione Ospedale Territorio e per la Medicina Specialistica:
  - UOC Nefrologia e Dialisi
  - UOC Cardiologia
  - UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia
  - Casa della Salute
- Area Funzionale Interdipartimentale di integrazione Ospedale Territorio per Screening e Diagnostica per Immagini:
  - UOC Diagnostica per Immagini
  - UOC Cure Primarie e Tutela della Salute della Coppia
  - UUOCC 4 Distretti

- UOSD Screening, Promozione della Salute, Stili di Vita
- UOS Coordinamento consultori aziendali
- Area Funzionale delle Attività Amministrative Decentrate:
  - UOC Amministrativa Presidio Ospedaliero Unico
  - UOC Amministrativa Cure Primarie (incardinata nel Dipartimento Cure Primarie e ISS)
    - UOS ALPI
    - UOS Amministrativa Assistenza Integrativa, Assistenza all'estero, Assistenza STP/ENI e Rimborsi
  - 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
    - UOS Telemedicina e governo unitario dei PUA
  - UOS Comunicazione
  - UOS Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
  - UOS Controllo di Gestione
  - UOS Medicina del Lavoro
- Funzioni di Staff alla Direzione Sanitaria:
  - UOC Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Sanitarie
    - UOS Controlli prestazioni rese e cartelle
  - UOC Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio.
  - UOC Epidemiologia e SIS
    - UOS Flussi sanitari istituzionali
  - UOS Formazione e aggiornamento del personale

### 3.3 L' Analisi SWOT

AMBITO	OPPORTUNITA'	MINACCE
SISTEMA POLITICO E GESTIONALE REGIONALE	<p>Avvio dell'uscita della Regione dal Piano di Rientro</p> <p>Sviluppo della Centrale Acquisti regionale per gli approvvigionamenti</p> <p>Predisposizione linee guida e assegnazione Finanziamenti per l'attuazione del PNRR</p>	<p>Reazioni degli Stakeholders esterni agli interventi di efficientamento</p> <p>Debolezza della tecnostruttura a fare fronte al cambio di fase</p> <p>Elevato livello di inappropriata organizzativa</p> <p>Difficoltà degli attori ad intraprendere iniziative per affrontare il cambiamento</p>
RISORSE STRUMENTALI ED ECONOMICHE	<p>Adeguamento della quota di accesso al FSN da parte della Regione Lazio</p> <p>Centralizzazione dei sistemi informativi a livello regionale</p> <p>Riorganizzazione del modello di cura attraverso l'avvio delle azioni previste dal PNRR</p>	<p>Sottostima da parte della Regione Lazio del finanziamento dell'azienda rispetto ai costi reali sostenuti</p> <p>Difficoltà a modulare le necessità informative aziendali</p> <p>Complessità delle procedure attuative del PNRR e disallineamento temporale tra le attività infrastrutturali e quelle organizzative</p>
RISORSE UMANE	<p>Superamento parziale del blocco del Turnover e del precariato</p> <p>Previsione di un piano assunzionale in grado di garantire una crescita della produzione interna e una maggiore efficacia nella garanzia dei LEA</p>	<p>Cospicua presenza di personale non idoneo e con limitazioni a tutte le funzioni proprie istituzionali del profilo di appartenenza</p> <p>Età media elevata del personale</p> <p>Ritardo nell'approvazione del piano dei fabbisogni</p> <p>Slittamento temporale delle procedure assunzionali</p>
CONTESTO DEMOGRAFICO E SOCIO SANITARIO	<p>Sistematizzazione e semplificazione dell'impianto normativo e regolamentare socio-sanitario della Regione</p> <p>Ulteriore sviluppo della Rete dei Servizi Territoriali attraverso la ristrutturazione delle sedi esistenti e l'apertura di nuove Case della Comunità previste dal PNRR</p> <p>Ulteriore sviluppo della rete dei Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata</p> <p>Previsione nuove strutture legate all'invecchiamento della Popolazione (Hospice, RSA, Ospedali di Comunità)</p>	<p>Transizione Epidemiologica</p> <p>Cambiamento demografico con progressivo aumento della popolazione anziana e delle malattie croniche</p> <p>Difficoltà culturale all'utilizzo di servizi alternativi al ricovero (ADI)</p> <p>Presenza di mobilità passiva significativamente superiore a quella attiva con la necessità di soddisfare i bisogni di salute della popolazione fragile in altri contesti territoriali</p>
GESTIONE PANDEMIA COVID	<p>Nuovi modelli organizzativi</p> <p>Potenziamento prestazioni a distanza</p> <p>Creazione di un modello di riferimento per gestire nuove situazioni emergenziali</p>	<p>Prolungamento fase emergenziale</p> <p>Gestione nuovi fasi acute</p>

## 4.IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE

### 4.1 Da dove partiamo ovvero cosa è stato fatto nel 2021

Nonostante la straordinarietà degli eventi connessi con la gestione dell'emergenza epidemiologica denominata SARS COV2 (Covid) la ASL ROMA 3 è riuscita nel difficile compito di progettare numerose azioni di miglioramento delle performance con l'obiettivo di realizzare quanto previsto nel Piano Operativo regionale e mantenere un livello di spesa sostanzialmente coerente con i valori del 2021, permettendo di definire una previsione di spesa per l'anno 2022 con un incremento nei costi operativi attesi dello 0,2% rispetto al 2021.

La gestione dell'emergenza sanitaria, con momenti alternati di contrazione indotta delle attività seguiti da momenti di recupero delle prestazioni non erogate, si è verificata in un momento di cambiamento organizzativo dell'azienda finalizzato al miglioramento degli indicatori della griglia LEA, al decongestionamento del Pronto Soccorso, al potenziamento dell'attività territoriale sia in termini di presa in carico precoce sia in termini di integrazione con l'ospedale. Infatti, sono state programmate numerose azioni per rafforzare i servizi territoriali in termini di organizzazione, integrazione ospedale territorio e sviluppo della telemedicina, tra le quali, in primo luogo, la capacità di contenere/ridurre la richiesta di accesso alle cure ospedaliere garantendo una presa in carico ed una assistenza h24 agita da remoto. Tali azioni si sono rivelate ancor più necessarie nell'attuale fase emergenziale. Infatti, il valore del sistema territorio anche alla luce della pandemia da Sars Cov 2 ha dimostrato chiaramente che un sistema ospedalocentrico fallisce se non è affiancato da un territorio forte. È stato necessario, quindi, potenziare l'offerta di servizi assistenziali correlati alle attività domiciliari e i volumi dell'attività ADI per l'anno 2021 hanno conseguito un aumento.

Con l'avanzare dell'emergenza Covid-19, il Governo ha previsto con normative specifiche interventi mirati al contrasto dell'epidemia.

La gestione dell'Emergenza COVID-19 ha visto l'Azienda impegnata intensamente su molti fronti in ogni fase dell'evoluzione dell'epidemia con l'attuazione di numerose procedure, linee d'indirizzo e percorsi operativi sollecitati dal Ministero della salute, dalla Regione Lazio e dall'Istituto Superiore di Sanità.

*Punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2021 sono stati rappresentati da:*

- Potenziamento del personale per il recupero delle prestazioni di screening e di specialistica ambulatoriale non erogate nel periodo di contenimento sociale;
- Regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del coronavirus negli ambienti di lavoro, nonché per l'esecuzione dei tamponi;
- puntuale rendicontazione delle spese correlate ai maggiori costi per COVID-19
- introduzione di numerose misure per l'implementazione e la regolamentazione delle attività effettuate in modalità lavoro agile.
- Avvio e gestione del Piano straordinario legato alla Vaccinazione Covid, dalla gestione logistica dei vaccini alla somministrazione.

Le azioni sopra riportate, oltre ad assunzioni di personale specifico, hanno comportato interventi di acquisizione di tecnologie (ad esempio ventilatori), strutturali per la riorganizzazione degli spazi, noleggio di prefabbricati, allestimento di sedi vaccinali, di integrazione di appalti specifici (pulizie, vigilanza, sportelli al pubblico), di acquisto di beni (dpi, reagenti, attrezzature informatiche) con azioni trasversali sull'organizzazione aziendale.

#### **4.2 Piano strategico e patto con i Cittadini per il triennio 2022-2024**

Con riferimento alla fine dello stato emergenziale causato dal COVID 19 è stato approvato, in data 31.07.2021, il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), documento strategico che il Governo Italiano ha approvato per accedere ai fondi del Programma next generation ( NGEU) e che l'Italia ha presentato alla Commissione Europea e nel quale sono descritte le priorità di investimento per il quinquennio 2021-2026. Con tale documento si intende rilanciare il Paese dopo la crisi pandemica stimolando una transizione ecologica e digitale e favorire il cambiamento strutturale dell'economia, a partire dal contrasto alle diseguaglianze di genere, territoriali e generazionali. Si pone principalmente l'obiettivo di rilanciare la struttura economico-sociale del Paese puntando in particolare della leva della digitalizzazione, della transizione ecologica e dell'inclusione sociale. Il PNRR è suddiviso in 6 missioni principali e descrive le priorità di investimento per un arco temporale di 5 anni.

La **Missione 6 del PNRR** dedica al tema della salute e sanità un ampio capitolo di riforme e investimenti volti in particolare a rafforzare e sviluppare le reti e i presidi territoriali, nonché le competenze digitali nel rapporto medico-paziente e il ricorso a strumenti quali il Fascicolo

Sanitario Elettronico e la telemedicina. Si tratta di un unicum nella storia degli investimenti e del cambiamento della sanità italiana. In generale a livello nazionale sono previsti per la sanità 7 miliardi per lo sviluppo delle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 8,63 miliardi per l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN, con focus particolare sul fascicolo Sanitario Elettronico. Si procederà inoltre ad implementare anche la televisita già esistente per pazienti COVID sul territorio.

In sintesi la Missione 6 dedicata alla Salute si articola in due componenti fondamentali:

1. reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria. Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-assistenziali.
2. Innovazione, Ricerca e digitalizzazione del SSN. Le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario Elettronico, una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del Personale.

In un'ottica di grande rivoluzione sanitaria sia da un punto di vista strutturale che di visione, il cittadino viene messo al centro di un'assistenza integrata socio-assistenziale; l'Azienda Asl Roma 3 procederà ad implementare tutte le strutture esistenti, renderle moderne, efficienti ed efficaci, nonché potenziare tutti i Presidi Territoriali proprio perché la nuova sanità, così come prevista dal PNRR, è una sanità che va verso il futuro, una sanità che verterà in primis sui cittadini, garantendo servizi di prossimità.

E' prevista la costruzione, l'ammodernamento di strutture già presenti, di proprietà aziendale o dei Comuni insistenti nel territorio aziendale, che saranno adeguatamente ristrutturare, rifornite con idonee tecnologie sanitarie per poter affrontare al meglio i problemi dei cittadini. Un ruolo fondamentale sarà quello del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, che opereranno in stretta connessione con le strutture aziendali.

Al riguardo importante sottolineare che sono state presentati i progetti che nella nostra Azienda prevedono un significativo intervento strutturale dell'Ospedale Grassi

Di contro a livello territoriale verranno costituite:

- Case della Comunità ( CdC) distinte in HUB e SPOKE,
- Ospedali di Comunità (OdC)
- Centrali Operative Territoriali ( COT e COA).

**Le Case della Comunità** HUB saranno più grandi e vedranno la presenza dei MMG dei PLS degli specialisti ambulatoriali interni, degli infermieri di famiglia e che operano nell'assistenza domiciliare. Saranno inoltre presenti servizi legati alla diagnostica e potranno ospitare anche altri servizi (vaccinazioni, TSMREE , consultori, ambulatori); le Case della comunità SPOKE saranno più piccole e collegate alle Case della Comunità più grande.

All'interno della Casa della Comunità si potrà trovare anche il punto unico di accesso finalizzato all'integrazione sociosanitaria. Il cittadino all'interno di tale luogo potrà trovare tutte le risposte di cui necessita sia di natura sanitaria che sociale.

A tale scopo rivestono un ruolo molto importante anche le **Centrali Operative Territoriali** (COT) che si baseranno essenzialmente su una piattaforma informatica e serviranno per seguire il paziente in tutto il suo percorso socioassistenziale. Pertanto un paziente che sarà dimesso dall'ospedale, attraverso le COT potrà essere preso in carico dalle strutture territoriali, e seguito anche e soprattutto da un punto di vista informatico nel caso necessiti di prenotazioni, di accedere ad una RSA o nel caso dovesse essere ricoverato per aggravamento. Anche gli stessi Medici di Medicina Generale potranno accedere a queste COT che hanno lo scopo di seguire il paziente dal suo domicilio a 360 gradi, così da far diventare il domicilio il primo luogo di cura del paziente.

**L'Ospedale di Comunità** costituirà una struttura intermedia tra l'ospedale per acuti e il domicilio del paziente, dove potranno accedere pazienti dimissibili dall'ospedale (dal reparto o anche dal pronto soccorso) ma che per questioni sociali e assistenziali necessitano essere seguite da tali strutture ove sarà presente un medico 5 ore al giorno, oltre alle altre figure professionali quali infermieri e fisioterapisti.

Reti e Presidi Territoriali, Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina, competenze : sono questi i principali elementi che l'Azienda ASL Roma 3 mira a rafforzare e sviluppare per i

prossimi anni. È evidente come un sistema sanitario sostenibile, resiliente ed equo non possa prescindere dalla necessità di ripensare i servizi e i processi integrandoli con il digitale, rendendoli efficaci ed efficienti e modellandoli sulle esigenze dei vari attori che operano nel settore, in primis operatori sanitari e cittadini/pazienti. Il digitale pertanto svolgerà il doppio ruolo di abilitatore e di interfaccia dei servizi per cittadini, pazienti e professionisti.

Il riepilogo del nuovo assetto organizzativo finanziato dal PNRR è di seguito rappresentato:

Distretto	Case Comunità	Centrale Operativa Aziendale	Centrale Operativa Territoriale	Ospedale di Comunità
X	S. Agostino (hub) Casal Bernocchi (Spoke) <i>Infernetto (Spoke)</i>	Ospedale Grassi	S. Agostino Casal Bernocchi	<i>Via Morelli 20 pl</i>
XI	Vaiano (hub) Ponte Galeria (Spoke) Corviale (Spoke)		Vaiano	
XII	Ramazzini (hub) Consolata (Spoke) <i>Via Longhena (Spoke)</i>		Ramazzini	<i>Via Fabiola 40 pl</i>
Fiumicino	Coni Zugna (Hub) Palidoro (Spoke)		Coni Zugna	<i>Coni Zugna 20 pl</i>

In corsivo i nuovi interventi

Oltre a tali interventi sono stati avviati i progetti per ottenere un finanziamento per l'apertura di un **Hospice** di 10 pl a Maccarese, per la ristrutturazione del Poliambulatorio di Fregene e per la realizzazione di un nuovo fabbricato da adibire a Consultorio.

Il PNRR prevede anche investimenti per nuove **apparecchiature elettromedicali**, quali 3 Tomografi, 2 Angiografi, 8 ecotomografi, e 2 Telecomandati digitali per indagini di reparto.

In ambito ospedaliero sono previsti:

- Realizzazione e ampliamento **Terapia Intensiva** con l'aggiunta di 9 pl (lavori in fase di completamento)
- Ristrutturazione **Subintensiva** per 12 pl (lavori in corso)
- Riorganizzazione dei **percorsi del DEA / Pronto Soccorso** (Progettazione in corso)

Con riferimento, invece, alla programmazione ordinaria, La ASL ROMA 3, in coerenza con i propri punti di forza intende perseguire:

- implementare le attività di integrazione ospedale territorio;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva e incrementare l'utilizzazione della ricetta dematerializzata soprattutto nel setting ospedaliero e della specialistica ambulatoriale;
- reingegnerizzazione dei distretti;
- garantire i tempi delle liste di attesa per le prestazioni di cui al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa e il recupero della capacità produttiva antecedente il periodo pandemico.
- Rispettare gli standard dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento di standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare, ginecologica e oncologica;
- Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19 Adegumento dell'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/ terapia intensiva al Piano di risposta all'evoluzione della pandemia ;
- Proseguire le attività finalizzate alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- Valutazione degli esiti: Proporzioni di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni;
- Valutazione degli esiti: Proporzioni di Parti con Taglio Cesareo Primario;
- Aumentare la copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.
- Garantire Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale
- Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare

riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche;

- Rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto
- Verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento Ob. 1.1 della Deliberazione Regionale 762/2021.
- Proseguire nel processo finalizzato alla riduzione dei tempi di liquidazione.
- Avviare una nuova analisi dello Stock di debito, bloccato e non liquidato.
- Implementazione del Sistema di Contabilità Analitica e della cultura, anche in ambito sanitario della consapevolezza dell'uso delle risorse e degli outcome prodotti.
- Prosecuzione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC)
- Rispetto dei tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafica regionale farmaci e dispositivi)
- Rispetto dei tempi, efficacia e partecipazioni dei delegati alle commissioni di gara istituite dalla Centrale Acquisti Regionale
- Attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 PNRR in riferimento all'Ob. 4.1 della Delibera Regionale 762/2021
- Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici.

### **4.3 Il Piano Organizzativo per il Lavoro Agile**

A causa dell'emergenza sanitaria in corso, si è reso necessario anche nel pubblico impiego, un massiccio ricorso alla modalità di svolgimento delle prestazioni lavorative non in presenza, il cosiddetto lavoro agile, finora poco in uso nelle P.A.

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA).

In attuazione delle normative quali la legge 7 agosto 2015, n. 124, art.14, comma 1, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, la legge 22 maggio 2017 n.81, n. 34 (il cosiddetto Decreto-rilancio), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n.77, quest'ultimo in particolare ha focalizzato l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali ad un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile.

In sede di prima applicazione, il POLA, sentite le Organizzazioni Sindacali, dovrà essere inserito come sezione PIAO da adottare e pubblicare entro le scadenze di legge.

Il POLA è quindi un documento di programmazione organizzativa adottato dall'amministrazione, sentite le organizzazioni sindacali, come già detto, all'interno del quale l'amministrazione riporta alcuni contenuti minimi:

- livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile;
- modalità attuative;
- soggetti, processi e strumenti del lavoro agile;
- programma di sviluppo del lavoro agile.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

Il dipendente che si avvale delle modalità di lavoro agile può utilizzare sia apparecchiature (portatili, tablet, smartphone) messe a disposizione dall'amministrazione, sia strumenti informatici nella propria disponibilità (o anche il pc già utilizzato in ufficio, concesso in comodato).

Un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA e in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati, è svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

I Dirigenti sono, inoltre, coinvolti nella mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile. Resta ferma la loro autonomia, nell'ambito dei criteri fissati nell'atto organizzativo interno, nell'individuare le attività che possono essere svolte con le modalità del lavoro agile, definendo per ciascun lavoratore le priorità senza alcuna discriminazione.

Ad oggi all'interno dell'Azienda Asl Roma 3, l'attuazione del lavoro agile è previsto e regolato dalle deliberazioni aziendali n. 200 del 14.03.2020, integrata con Deliberazione n. 66 del 30.04.2020.

È una realtà concreta, i dipendenti che hanno fatto la richiesta di svolgere il lavoro in modalità di lavoro agile, sono stati tutti messi in condizione di poter portare avanti il proprio lavoro, collegandosi alla VPN (*Virtual Private Network*, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza) verso l'ente.

Sono stati abilitati tutti i telefoni fissi dei dipendenti a chiamate verso i cellulari, così da inoltrare le chiamate dall'interno telefonico del proprio ufficio sul cellulare. Quando le chiamate vengono inoltrate al numero sullo smartphone, il chiamante non vede il numero dello smartphone e quindi la privacy è comunque garantita.

Nell'anno 2022 verranno attivate tutte le azioni necessarie a far evolvere l'attuale quadro regolatorio aziendale verso le previsioni della normativa ai sensi dell'art.263 del decreto -legge n.34 del 2020, convertito con modificazioni della legge n.77 del 2020.

#### **4.4 L' albero delle performance**

La ASL ROMA 3 ha 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 e 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 è suddivisa nei seguenti obiettivi strategici , da cui si declina l'albero delle performance con i relativi indicatori di sistema:

- 1) Appropriatelyzza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera;
- 2) Appropriatelyzza organizzativa e qualità dell'assistenza territoriale;
- 3) Prevenzione;
- 4) Equilibrio economico - finanziario;
- 5) Patrimonio edilizio, tecnologico e di gestione della sicurezza informatica

#### **4.5 Semantica degli obiettivi del piano triennale della Performance**

Gli obiettivi specifici per il triennio individuati dalle 6 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
    - ✚ assistenza ospedaliera
    - ✚ autosufficienza sangue e derivati
    - ✚ funzionamento del 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 dei PAC
  - + mantenimento 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;
  - + 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 e garanzia dei tempi previsti per l’accesso alle prestazioni ambulatoriali;
  - + incremento dei volumi di prestazioni ambulatoriali;
  - + miglioramento dell’assistenza chirurgica erogata in ospedale, con incremento dei volumi e dell’indice medio di complessità;
  - + miglioramento della integrazione ospedale territorio, in funzione dell’avvio della riorganizzazione prevista dal PNRR;
  - + miglioramento della comunicazione con l’utente, attraverso un puntuale aggiornamento e ottimizzazione del sito internet e azioni finalizzate a monitorare la soddisfazione dello stesso;
  - + implementazione della integrazione socio – sanitaria e sociale;
  - + implementazione della umanizzazione delle cure in ostetricia e ginecologia e maggiore collaborazione nel rapporto tra attività ospedaliera e linee di attività consultoriali.

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

<b>Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera</b>	Rispettare gli standard di qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale con mantenimento di standard di qualità e appropriatezza clinica e organizzativa per diverse aree cliniche, quali l'area cardiovascolare, osteomuscolare, ginecologica e oncologica
	Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19 Adeguamento dell'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/ terapia intensiva al Piano di risposta all'evoluzione della pandemia
	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 e n. G00163 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017); 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).
	Valutazione degli esiti: Proporzioni di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni.
	Valutazione degli esiti: Proporzioni di Parti con Taglio Cesareo Primario
<b>Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza territoriale</b>	Aumentare la copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente.
	Garantire Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale
	Piano regionale cronicità: conseguire un miglioramento degli indicatori ricompresi nel Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento agli indicatori dell'ambito distrettuale e dell'ambito finalizzato al monitoraggio di processo dei PDTA di malattie croniche
	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali nonché del redigendo piano regionale delle liste di attesa
<b>Prevenzione</b>	Rispettare i tassi copertura (TdC) dei programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto

<b>Equilibrio economico-finanziario</b>	Verifica ed analisi di scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento Ob. 1.1 della Deliberazione Regionale 762/2021.
	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI)
	Rispetto delle tempistiche di liquidazione delle fatture passive. Ridurre i tempi medi di pagamento rispetto all'anno precedente delle fatture presenti in Accordo Pagamenti Ob. 1.2 della Delibera Regionale 762/2021
	Implementazione Sistema di Contabilità Analitica
	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC)
	Rispetto dei tempi delle richieste di adeguamento dei sistemi e delle anagrafiche a quelle regionali (piano dei conti, piano dei fattori produttivi, anagrafica regionale farmaci e dispositivi)

	Rispetto dei tempi, efficacia e partecipazioni dei delegati alle commissioni di gara istituite dalla Centrale Acquisti Regionale
<b>Patrimonio edilizio, tecnologico e di gestione della sicurezza informatica</b>	Attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento di cui alla DGR 861/2017, DGR 180/2018, DL 34/2020 PNRR in riferimento all'Ob. 4.1 della Delibera Regionale 762/2021
	Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica. Invio progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici

## 4.7 Indicatori generali per le misurazioni di produzione e di appropriatezza per il governo dei LEA previsti dal Nuovo sistema di Garanzia

### Gli indicatori

Il sottoinsieme di 22 indicatori (su 88 totali) del Nuovo sistema di garanzia (Nsg), che dal 2020 archivia la Griglia Lea, viene definito "Core". Gli indicatori sono selezionati e raggruppati per aree di assistenza:

#### OSPEDALIERA

- ▮ Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti
- ▮ Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
- ▮ Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
- ▮ Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- ▮ Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
- ▮ % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
- ▮ % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.

#### PREVENZIONE

- ▮ Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- ▮ Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- ▮ Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- ▮ Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento

alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale

- ▮ Indicatore composito sugli stili di vita
- ▮ Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella
- ▮ Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina
- ▮ Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.

#### DISTRETTUALE

- ▮ Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- ▮ Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
- ▮ Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
- ▮ Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
- ▮ Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
- ▮ Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
- ▮ Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- ▮ Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- ▮ Numero di anziani con età  $\geq 75$  anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.

## 5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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 2022-2024 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 Direzione Strategica risponde in modo diverso del ciclo della Performance, in quanto il Direttore Generale è destinatario, dal committente regionale, di Obiettivi annuali e di mandato che declina al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo. Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale sono stati assegnati con DGR n. 762 del 16 novembre 2021 gli obiettivi annuali non sono stati ancora assegnati.

Il Direttore Generale con propria determinazione n. 1 del 27 gennaio 2022 ha assegnato gli obiettivi annuali al Direttore Amministrativo e al Direttore sanitario.

Il Controllo di Gestione procederà alle verifiche trimestrali in ordine al raggiungimento degli obiettivi e proporrà al Direttore Generale la percentuale di raggiungimento finale. Il riconoscimento definitivo della performance avverrà a conclusione del ciclo di valutazione del Direttore Generale da parte della Regione Lazio. Potranno essere riconosciuti acconti economici fino a un massimo del 60%, non prima del mese successivo di erogazione riconosciuta al restante personale.

La valutazione annuale delle performance è suddivisa tra **valutazione individuale** e **valutazione organizzativa**.

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

È caratterizzato dalle seguenti fasi:

- I. Deliberazione del Piano della Performance;

- II. Negoziazione di primo livello tra Direzione Aziendale e Negoziatori di primo livello 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 alla UOS Controllo di Gestione, 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, ove esistente, 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 e 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 dedicata 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, e 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 e 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 dalla UOS Controllo di Gestione.

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 realizzare 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, 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 alla UOS Controllo di Gestione 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 trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Per i Dirigenti delle UOS 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 e tempistica delle verifiche**

Le verifiche sono trimestrali e finali. Le verifiche trimestrali devono essere effettuate in base ai risultati raggiunti al 30 giugno e al 30 settembre e devono essere rendicontate al Controllo di Gestione entro il 15 luglio e il 15 ottobre.

La verifica finale è relativa ai risultati raggiunti su base annuale al 31 dicembre e deve essere rendicontata entro il 20 gennaio.

Le Verifiche trimestrali sono finalizzate a verificare l'andamento dell'attività, il grado di raggiungimento degli obiettivi o la loro irraggiungibilità per motivi indipendenti dalla volontà della struttura. Le difficoltà oggettive rappresentate nelle verifiche trimestrali sono elemento essenziale per l'eventuale valutazione in ordine alla possibilità di sterilizzare gli obiettivi.

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 ciascun obiettivo fino a raggiungere un massimo di cento punti

Le modalità di calcolo del punteggio attribuito ai singoli obiettivi può avere diverse fattispecie:

Fattispecie di calcolo	Abbr.	Raggiungimento Pieno	Raggiungimento Parziale
SI / NO	SI/NO	100% dei punteggi dell'obiettivo	Non ammesso
Adempimenti temporali	AD	100% dei punteggi dell'obiettivo	Numero adempimenti richiesti / Numero adempimenti effettuati
In base alla % di Raggiungimento	%	Stabilito nel range atteso, garantisce il 100%	E' frutto della formula, se il valore minimo è rispettato, il grado di raggiungimento è pari all' atteso/raggiunto * 100
gg ritardo	gg	100% dei punteggi dell'obiettivo	1/giorni massimi di ritardo * giorni di ritardo * 100

Nel merito viene previsto a riferimento un livello di raggiungimento minimo, al di sotto del quale non si consegue l'obiettivo

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 e il punteggio globale sarà poi ricalcolato rapportando a cento il max conseguibile.

In caso di contestazione sulla valorizzazione individuale o organizzativa, qualora non sia possibile comporre la controversia tra valutato e valutatore, l'OIV ascolta le parti e propone un componimento.

Dovrà in ogni caso essere garantita un'adeguata informazione e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione, il contraddittorio e la sottoscrizione della scheda di budget nella quale è indicata la valutazione conclusiva.