



PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

Anni 2022– 2024

Sommario

1	PRESENTAZIONE.....	4
1.1	CHI SIAMO.....	5
1.2	COSA FACCIAMO.....	6
1.3	COME OPERIAMO.....	10
2	IDENTITA'	12
2.1	AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	12
2.1.1	<i>DOTAZIONE RISORSE UMANE: PERSONALE DIPENDENTE.....</i>	<i>14</i>
2.1.2	<i>DATI ATTIVITA'</i>	<i>18</i>
2.1.3	<i>RISORSE FINANZIARIE</i>	<i>32</i>
2.2	MISSION	34
2.3	L'ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	36
3	ANALISI DEL CONTESTO.....	45
3.1	ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	45
3.2	ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	47
3.2.1	<i>L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....</i>	<i>47</i>
3.2.2	<i>INIZIATIVE IN TEMA DI BENESSERE ORGANIZZATIVO E PARI OPPORTUNITA'</i>	<i>49</i>
4	LA SCELTA DELLE AZIONI	51
4.1	EMERGENZA COVID-19	51
4.2	PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	52
4.2.1	Azioni con impatto sul valore della produzione	52
4.2.2	Azioni con impatti economici legati alla programmazione.....	58
5	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....	62
5.1	AREE STRATEGICHE.....	62
5.2	OBIETTIVI STRATEGICI	63
5.3	OBIETTIVI OPERATIVI	64
5.4	AZIONI E INDICATORI.....	64
6	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	65
6.1	FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	66
6.2	CRONOPROGRAMMA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	69
6.3	VALUTAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI	70
6.4	SISTEMA PREMIANTE	71
7	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	79

7.1	COERENZA PIANO PERFORMANCE CON IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.....	79
7.2	TRASPARENZA.....	81
8	PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)	82
9	AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	84

1 PRESENTAZIONE

Le Aziende Sanitarie ogni anno predispongono e pubblicano, sul sito istituzionale, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, come modificato dal decreto legislativo del 25 maggio 2017, n.74, il Piano della Performance. Il documento programmatico triennale viene definito dalla Direzione Strategica, in coerenza con il ciclo della programmazione e di bilancio nonché con le esigenze di trasparenza e prevenzione della corruzione tenendo conto delle linee guida n. 1 del giugno 2017, diramate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance. Al comma 2 dell'art.1 del Titolo 1 del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, recepito dalla Legge Regionale del Lazio n.1 del 16 marzo 2011, il legislatore ha definito i principi ispiratori in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, ovvero:” una migliore organizzazione del lavoro, il rispetto degli ambiti riservati rispettivamente alla legge e alla contrattazione collettiva, elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi, l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, la selettività e la concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, la selettività e la valorizzazione delle capacità e dei risultati ai fini degli incarichi dirigenziali, il rafforzamento dell'autonomia, dei poteri e della responsabilità della dirigenza, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, nonché la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzie della legalità”.

Misurare la Performance di una Azienda significa monitorare la sua attività, in relazione ai principi indicati dal legislatore, attraverso modelli ed indicatori.

Con Il Piano della Performance sono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e sono, altresì, definiti, con riferimento agli obiettivi operativi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance stessa.

Il Piano della performance è lo strumento attraverso il quale l'Azienda si relaziona con l'esterno presentando obiettivi, indicatori, misure. Ma è anche lo strumento con il quale mostra la propria capacità di programmazione in relazione alle risorse assegnate

Con il Piano della Performance ad orizzonte temporale triennale si dà avvio al ciclo di gestione della Performance annuale.

Tre sono gli elementi essenziali:

- i livelli decisionali (pianificazione strategica, programmazione e obiettivi di gestione) sui quali si baserà la misurazione la valutazione e la rendicontazione della performance;
- le dimensioni da monitorare per ogni livello di pianificazione;
- gli indicatori di misura relativi a ogni dimensione

Come 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).

Il presente documento, costituisce pertanto lo strumento per rappresentare e comunicare direttamente quali sono gli obiettivi specifici dell'azione per il triennio 2022-2024. Proprio in tale contesto, si deve comunque evidenziare a tutti gli operatori aziendali nonché ai cittadini e stakeholder che l'attività dell'Azienda risulta fortemente influenzata dalla pandemia da COVID-19 e dallo stato di emergenza ad essa collegato che non consente una normale gestione delle attività ordinarie e soprattutto potrebbe non consentire il raggiungimento degli obiettivi che comunque l'Azienda intende perseguire.

il Piano della Performance, inoltre, non può racchiudere tutte le attività che poi saranno svolte nel corso del 2021, considerando eventuali altre situazioni ed emergenze non prevedibili che potrebbero intervenire in corso d'anno anche a seguito dell'emanazione di direttive nazionali e regionali.

1.1 CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza e di alta specialità e costituisce un punto di riferimento per tutti i cittadini residenti nel Lazio e, in virtù dell'integrazione con le reti assistenziali, per tutto il bacino di utenza che ricade sull'Azienda, oltre che per una discreta quota di cittadini residenti al di fuori della Regione.

La programmazione strategica aziendale è pertanto tesa al raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema delle reti assistenziali, in un'ottica sistemica che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

L'Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini opera nel rispetto dei principi sanciti dal dettato Costituzionale, dal D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i, da altre norme della legislazione nazionale, nonché dalle norme che la Regione Lazio emana nell'ambito della propria autonomia.

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda, ed è il titolare di tutti i poteri di gestione complessiva della stessa. Egli risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto della nomina nell'ambito degli obiettivi strategici e di programmazione regionale.

È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati. Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Strategica Aziendale, che assicura le funzioni generali di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano per specifica responsabilità e competenza alla gestione dell'Azienda.

Il Direttore Generale, per l'esercizio delle sue funzioni, si avvale del Collegio di Direzione e degli altri organismi collegiali e comitati previsti dalla legislazione vigente. Il Direttore Generale viene inoltre supportato dalle strutture e funzioni di Staff nelle attività.

1.2 COSA FACCIAMO

L’Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini realizza le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo appropriato, efficiente ed efficace al fine di garantire un servizio di qualità.

Rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di eccellenza.

L’Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute – collegati in particolare al rilievo crescente delle cronicità, delle polipatologie e delle patologie emergenti e riemergenti - attraverso specifici interventi sanitari nell’ambito del sistema di cure, organizzando direttamente le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente appropriato la domanda espressa dai cittadini.

L’Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini è inserita nel Sistema Sanitario Regionale, in quanto Centro Hub per le reti assistenziali della Regione Lazio con riferimento ai seguenti ambiti:

RETE	RUOLO AZIENDA SAN CAMILLO FORLANINI
RETE EMERGENZA ADULTI	DEA II liv.
RETE EMERGENZA PEDIATRICA	DEA II liv.
RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA	E +CC
RETE EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA	HUB
RETE ICTUS	UTN II (HUB)
RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA	CTS (HUB)
RETE PERINATALE	LIVELLO II
RETE TRASFUSIONALE	SIMT Area di Produzione

Legenda:

UTN II = Unità di trattamento neurovascolare di II livello (Hub)

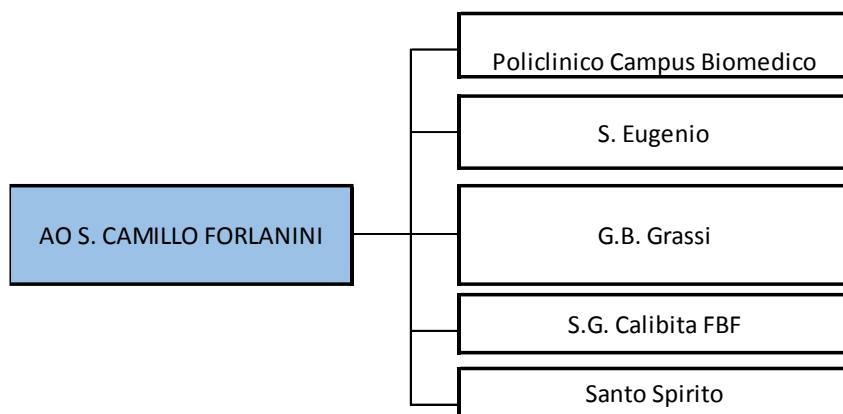
E+CC = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica

CTS = Centro traumi di alta specializzazione (HUB)

Il modello Hub & Spoke (letteralmente: mozzo e raggi) trova il suo presupposto laddove situazioni con un alto tasso di complessità richiedano di essere affrontate con un altrettanto alto grado di competenza, concentrato in Centri regionali di alta specializzazione.

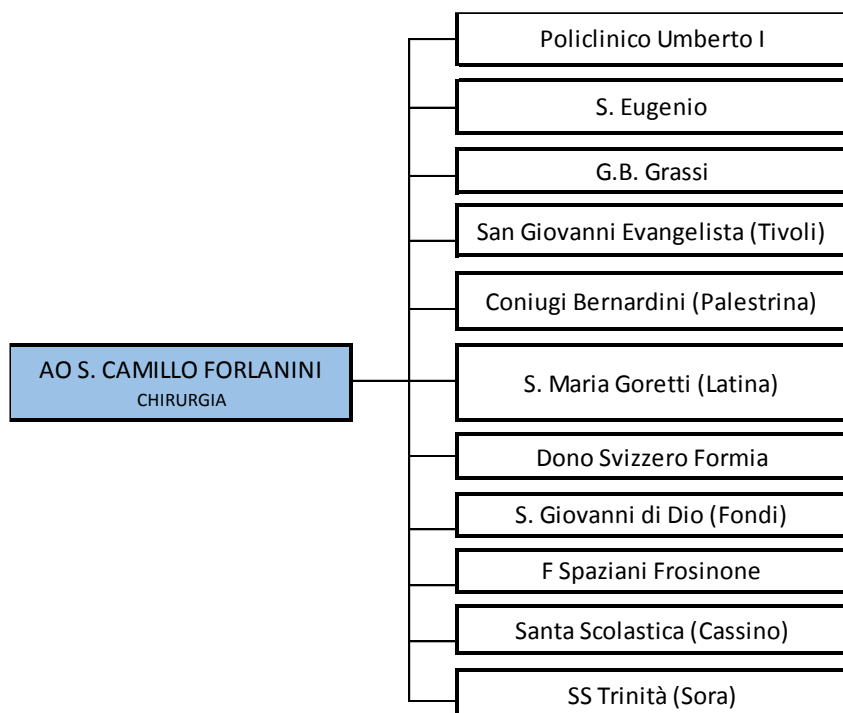
Rete Emergenza Adulti

In qualità di Dea di II livello l'Azienda risulta essere di riferimento per i seguenti Dea di I livello.



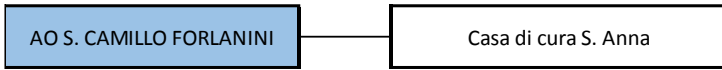
Rete Emergenza pediatrica

Nell'ambito della rete assistenziale Regionale, l'Azienda assume il ruolo di Hub per le strutture con PS/DEA e Reparto di Pediatria, come di seguito rappresentato:



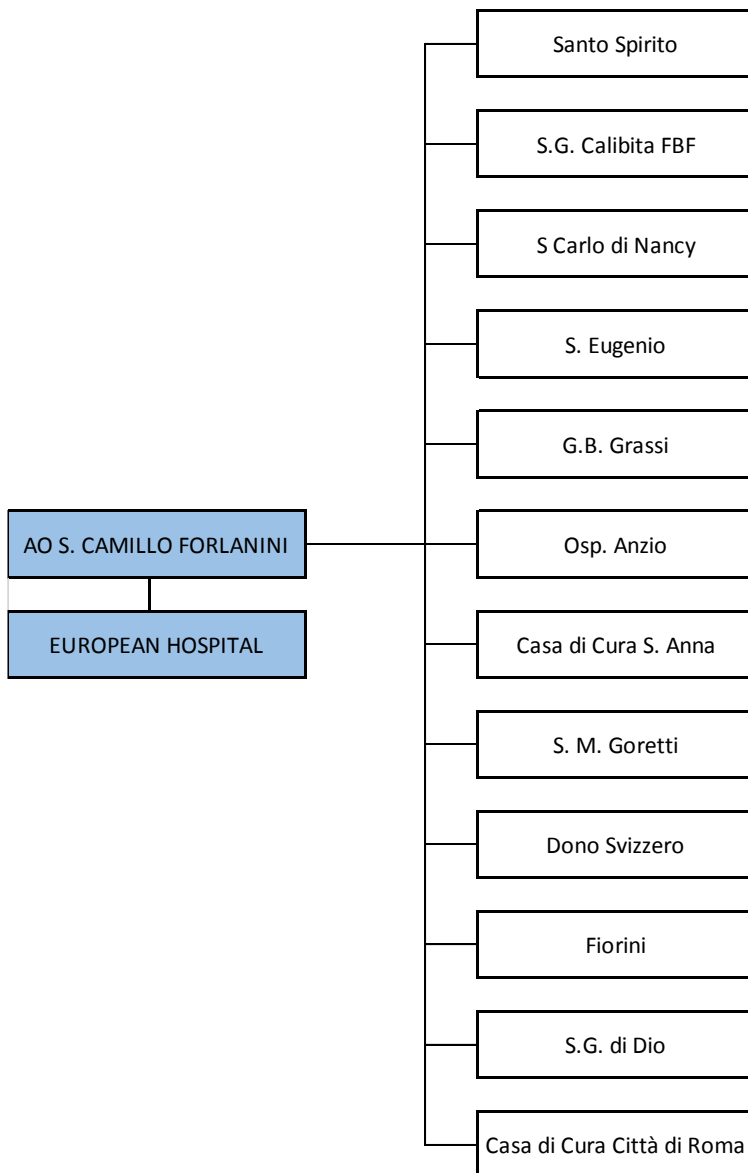
Rete Emergenza cardiologica

L'Azienda è stata inserita nella rete di emergenza in qualità di centro altamente specializzato e qualificato per attività legate alle tecniche cardiologiche interventistiche, in quanto dotata di Cardiologia, UTIC e Servizio di Emodinamica.



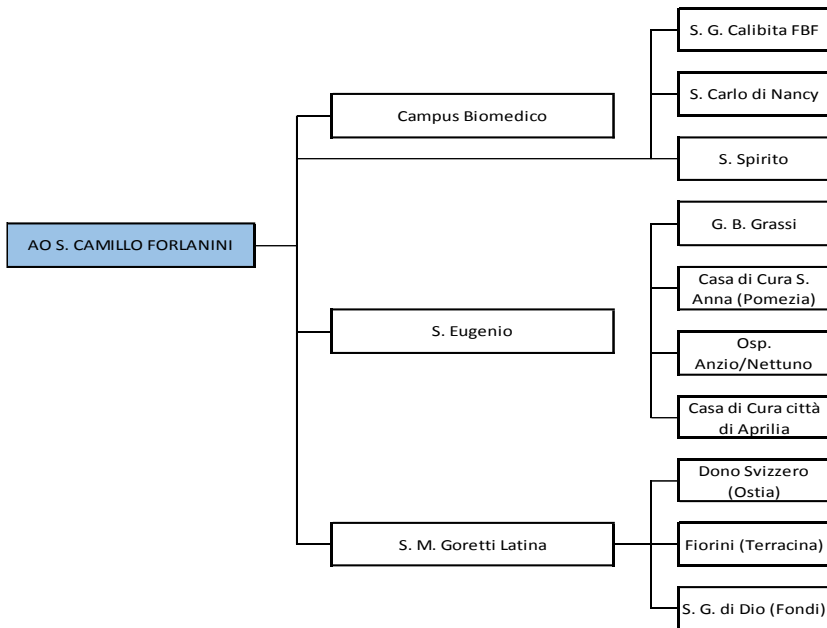
Rete Emergenza cardiocirurgica

L'Azienda è stata individuata come hub per le strutture di seguito rappresentate (l'European Hospital è struttura di supporto regionale in caso di indisponibilità di sala operatoria):



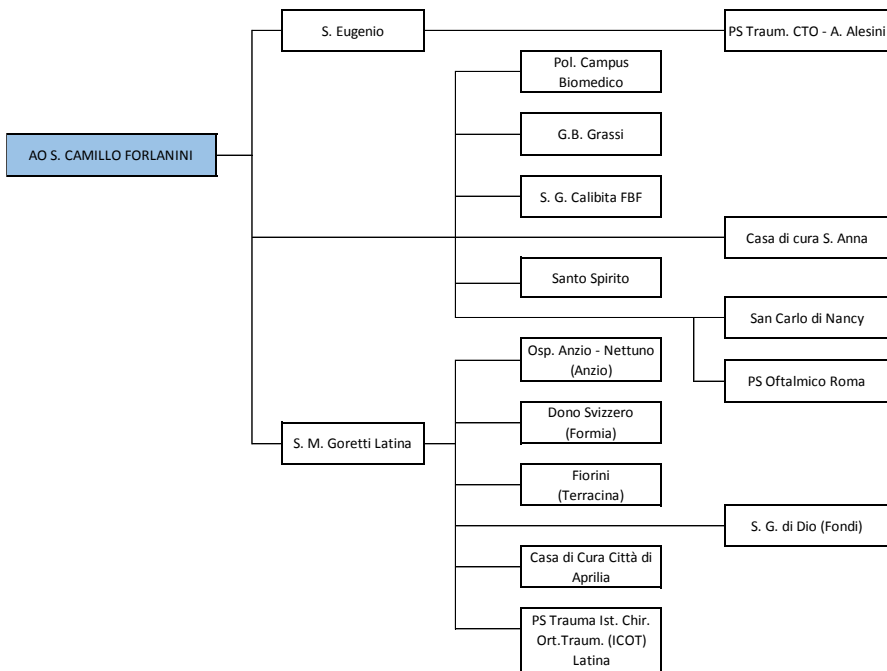
Rete ICTUS

L'Azienda è dotata di una Unità di trattamento neurovascolare di II livello con Neuroradiologia Interventistica, pertanto nella rete assistenziale è riconosciuta come hub dalle strutture di seguito rappresentate:



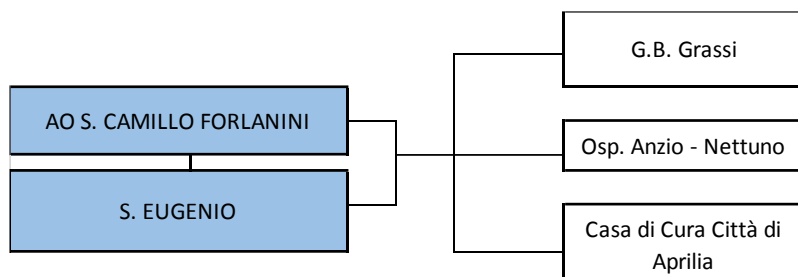
Rete trauma grave e neurotrauma (Adulti)

L'Azienda risulta essere Centro traumi di alta specializzazione (HUB) di riferimento per le strutture rappresentate nel seguente grafico



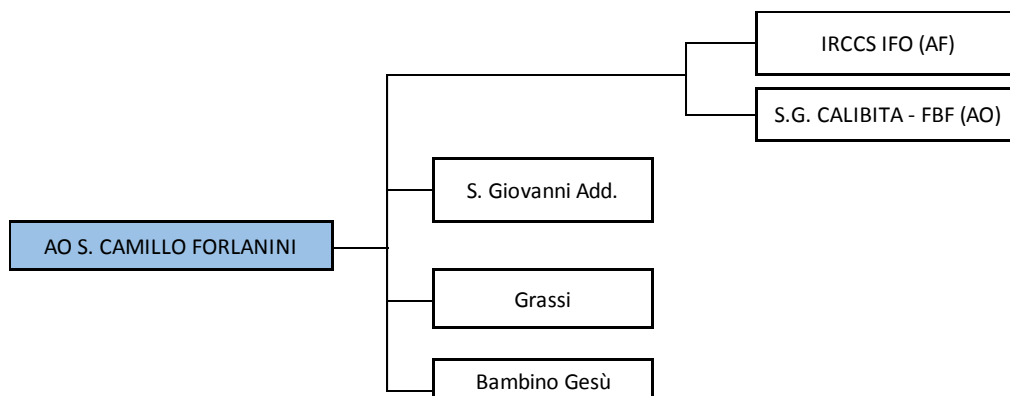
Rete Perinatale

L'Azienda nell'ambito della Rete Perinatale è Unità perinatale di II livello, dove è prevista l'assistenza alla donna e al neonato che necessitano di cure intensive.



Rete Trasfusionale

Nell'ambito della Rete Trasfusionale l'Azienda svolge la funzione di Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale - Area di produzione, rivolto ai SIMT e alle Articolazioni Funzionali (AF) e alle Articolazioni Organizzative (AO)



È altresì Centro di riferimento per il tumore al polmone, per i trapianti e per la terapia del dolore.

L'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini risulta inoltre essere sede del Centro Regionale Trapianti e dell'SPDC di riferimento della ASL Roma 3. L'Azienda ospita inoltre l'Unità di Cure di Residenziali intensive (UCRI).

1.3 COME OPERIAMO

I principi che ispirano le condotte di tutti i professionisti che operano dell'Azienda e che derivano da quanto riportato in premessa, sono:

- *L'osservanza delle norme che disciplinano lo svolgimento dell'attività aziendale.*
- *La riservatezza, la lealtà e la trasparenza.* I Professionisti dell'Azienda mantengono una condotta personale integra, equilibrata e rispettosa dell'individualità altrui ed ispirano i propri comportamenti a principi di

onestà e correttezza, trasparenza e buona fede e responsabilità verso tutti i portatori di interesse e verso gli altri soggetti con i quali entrano in contatto, per qualsivoglia motivo, nello sviluppo delle proprie attività.

- *Il senso di appartenenza_* ovvero, condividere i medesimi obiettivi, essere consapevoli di fare parte di un'organizzazione ed assistersi reciprocamente, fornendo incoraggiamenti e supporto, soprattutto in momenti di difficoltà. I collaboratori dell'Azienda Ospedaliera sono tenuti ad operare con la massima professionalità ad utilizzare in modo oculato i beni e le risorse aziendali. Chiunque operi nell'Azienda Ospedaliera è tenuto a difenderne l'immagine sul posto di lavoro e nella propria vita sociale, manifestando apertamente contrarietà e contrapposizione verso le persone che mettono in atto comportamenti non in linea con i valori dell'Azienda Ospedaliera.
- *L'eccellenza nel servizio.* La soddisfazione dell'utente è il principio ispiratore della nostra attività. Tutti i professionisti hanno il preciso compito di migliorare costantemente la qualità del servizio offerto, ai fini di garantire la salute, il benessere, nonché il progresso scientifico, attraverso l'utilizzo di strumenti di ascolto e di monitoraggio delle aspettative degli stakeholder e dei livelli di soddisfazione da loro espressi, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni, garantendo l'appropriatezza e la ricerca di livelli di eccellenza nelle attività, nei servizi e nelle procedure interne, attraverso lo svolgimento della propria attività con professionalità, precisione e rapidità di decisione ed esecuzione.
- *Lavoro di squadra_* Essere e sentirsi parte di un gruppo è un diritto di tutti; formare una squadra vincente è un dovere del dirigente. I dirigenti sono tenuti ad incentivare il lavoro di squadra fra i collaboratori, a motivarli e coinvolgerli, a favorire incontri che sviluppino la socializzazione, a stimolare la costruzione di gruppi di lavoro interfunzionali efficienti ed efficaci. Tutti devono partecipare con professionalità, massima collaborazione e orientamento al risultato, alle attività, alle iniziative, ai progetti per i quali venga richiesto un loro contributo.
- *Capacità, Rispetto ed Eguaglianza_* La capacità di compiere la propria mission, di adempiere correttamente ai propri doveri e quindi erogare prestazioni sanitarie di elevato contenuto qualitativo per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, nel rispetto dei valori e dei principi etici a cui l'Azienda Ospedaliera si ispira, è la più alta definizione ed applicazione dell'uguaglianza, intesa come espressione di garanzia offerta agli utenti in materia di diritti e di pari opportunità.
- *Efficienza ed economicità.* Il rispetto della efficienza e dell'economicità all'interno dell'Azienda Ospedaliera comportano l'attivazione e la semplificazione dei processi d'acquisto di beni e servizi e la individuazione di opportunità di risparmio mediante strumenti di analisi degli acquisiti e dei fornitori.
- *Comportamento di diligenza, lealtà ed imparzialità_* I dipendenti dell'Azienda sono tenuti al rispetto del codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 e s.m.i. e alle Linee di Guida ANAC del 20/09/2016 e al Codice di Comportamento Aziendale adottato con deliberazione n. 13 del 5 gennaio 2022.

2 IDENTITA'

2.1 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma rappresenta uno dei più importanti poli ospedalieri di alta specialità, a livello nazionale e regionale, e fornisce prestazioni di eccellenza. Per la sua estensione territoriale viene ricompresa tra le più grandi strutture sanitarie attive. L'offerta sanitaria del San Camillo-Forlanini comprende prestazioni di quasi tutte le discipline medico-chirurgiche, con particolare caratterizzazione per quelle di alta specialità. Con Determinazione Regionale G01328 del 10/02/2022 è stata modificata la determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2021-2023, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015". Con tale decreto per ogni singola Azienda sono stati definiti i profili per struttura ospedaliera, pubblica o privata accreditata, con la relativa dotazione di posti letto per specialità ed il ruolo nelle reti tempo-dipendenti. Nella tabella di seguito rappresentata si evidenzia quanto stabilito per l'Azienda San Camillo Forlanini con l'ultima Determina G01328/2022 sopra richiamata.

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO			01/07/2021 -N. 66		
AFO	Codice Disciplina	Descrizione	ORD	DH	TOT
1-M	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		57	57
	05	ANGIOLOGIA			
	08	CARDIOLOGIA	60	6	66
	26	MEDICINA GENERALE	123		123
	29	NEFROLOGIA			
	32	NEUROLOGIA + STROKE	14		14
	40	PSICHIATRIA	15	4	19
	58	GASTROENTEROLOGIA	24		24
	64	ONCOLOGIA + PNEUMONCOLOGIA	20		20
	66	ONCOEMATOLOGIA + CTMO	20		20
	68	PNEUMOLOGIA + STIRS	32		32
	71	REUMATOLOGIA	8		8
Totale			316	67	383
2-C	07	CARDIOCHIRURGIA	52		52
	09	CHIRURGIA GENERALE	64		64
	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6	3	9
	12	CHIRURGIA PLASTICA + ARTI	8	6	14
	13	CHIRURGIA TORACICA	18		18
	14	CHIRURGIA VASCOLARE	20	1	21
	30	NEUROCHIRURGIA	20		20
	34	OCULISTICA	2		2
	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48		48
	38	OTORINOLARIGOIATRIA	14		14
	43	UROLOGIA	14		14
	48	NEFROLOGIA (ABILITATO A TRAPIANTO DI R	6		6
	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		25	25
Totale			272	35	307
3-AC	49	TERAPIA INTENSIVA	68		68
	50	UTIC - UNITA' CORONARICA	8		8
	51	ASTANTERIA/BREVE OSSERVAZIONE/MEDICINA D'URGENZA)	30		30
	UTN	UTN	14		14
Totale			120	0	120
4-MIP	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	12	5	17
	37	OSTETRICIA-GINECOLOGIA	56	15	71
	39	PEDIATRIA	16	2	18
	62	NEONATOLOGIA (DEGENZA SUB-INTENSIVA	20		20
	73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	16		16
Totale			120	22	142
6-PA	56	RIABILITAZIONE	20	4	24
Totale			20	4	24
TOTALE			848	128	976

La tabella di seguito indicata rappresenta la dotazione dei posti letto medi di degenza ordinaria e day hospital dell'Azienda (escluse le strutture Nido, UCRI e UGI).

Nel corso degli anni anno 2020 e 2021, con riferimento alla gestione della pandemia, le assegnazioni di posti letto sono state rideterminate in incremento per alcune UO aziendali che sono state maggiormente coinvolte dall'emergenza (Broncopneumologia, Medicina Interna, STIRS e Terapie intensive) mentre per altre specialità si è proceduto ad una riduzione dei posti letto a causa della rideterminazione dei percorsi del paziente covid – no covid con notevole impatto sulla logistica e sulla continua riprogrammazione delle attività e conseguenti impatti assistenziali ed economici.

ANDAMENTO POSTI LETTO MEDI					
	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Ordinari	698	714	706	793	680
DH	156	152	155	154	151
Totale	854	866	861	944	831

In Azienda, oltre alle strutture di staff della Direzione Strategica, della Direzione Sanitaria e della Tecnostruttura Amministrativa, è presente la seguente articolazione dei Dipartimenti Sanitari e delle Professioni:

1. Dipartimento Emergenza Accettazione e delle Chirurgie Specialistiche;
2. Dipartimento Oncologia e Medicine Specialistiche;
3. Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;
4. Dipartimento Testa Collo e delle Neuroscienze;
5. Dipartimento Donna Bambino;
6. Dipartimento delle Diagnostiche;
7. Dipartimento Interaziendale Trapianti;
8. Dipartimento delle Professioni.

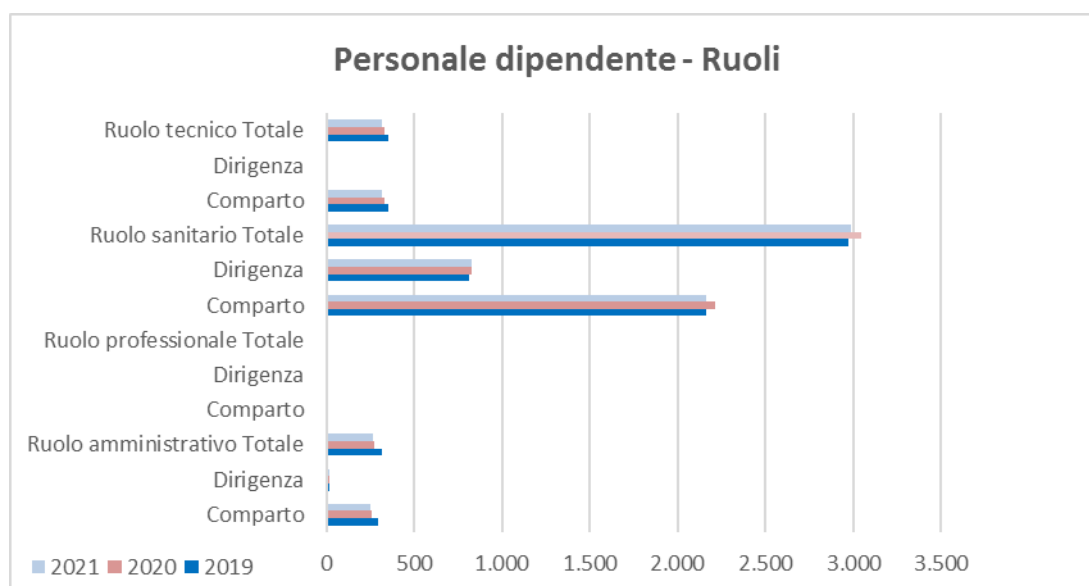
2.1.1 DOTAZIONE RISORSE UMANE: PERSONALE DIPENDENTE

Distribuzione del personale

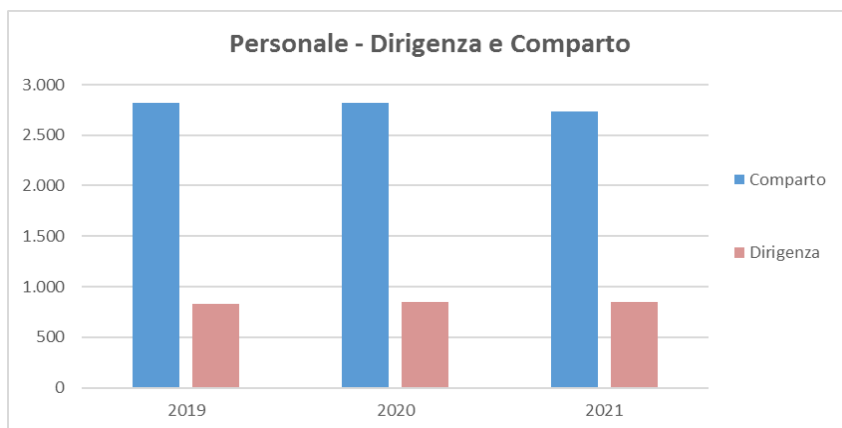
Le tabelle successive mostrano, per gli anni 2019 – 2021, il numero del personale dipendente dell’Azienda, suddiviso per ruolo e in base all’appartenenza alla Dirigenza o al Comparto.

Si rileva un decremento del numero totale delle unità di personale anno 2021 vs anno 2020 collegate prevalentemente all’applicazione di istituti quali il trattamento di quiescenza, anche con riferimento ai benefici previsti dal legislatore (quota 100, opzione donna, ...) nonostante si sia potuto provvedere al reclutamento di risorse umane anche in ragione dell’emergenza sanitaria.

Personale dipendente	2019	2020	2021
Comparto	298	261	252
Dirigenza	16	15	16
Ruolo amministrativo Totale	314	276	268
Comparto	7	7	7
Dirigenza	6	6	6
Ruolo professionale Totale	13	13	13
Comparto	2.160	2.213	2.161
Dirigenza	810	831	826
Ruolo sanitario Totale	2.970	3.044	2.987
Comparto	355	334	319
Dirigenza	1	1	1
Ruolo tecnico Totale	356	335	320
Totale complessivo	3.653	3.668	3.588

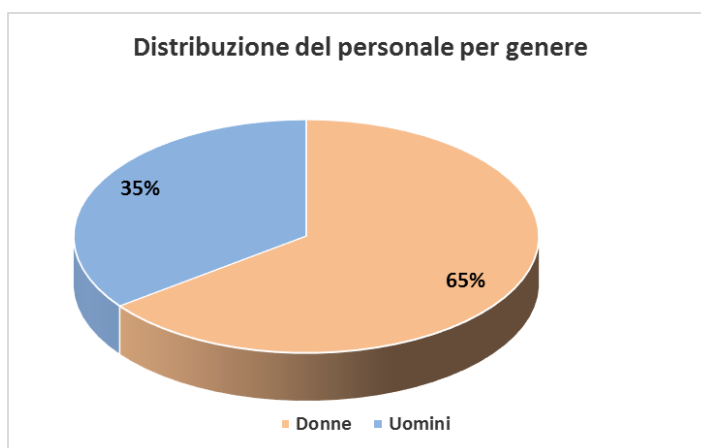


Personale dipendente	2019	2020	2021
Comparto	2.820	2.815	2.739
Dirigenza	833	853	849
Totale complessivo	3.653	3.668	3.588

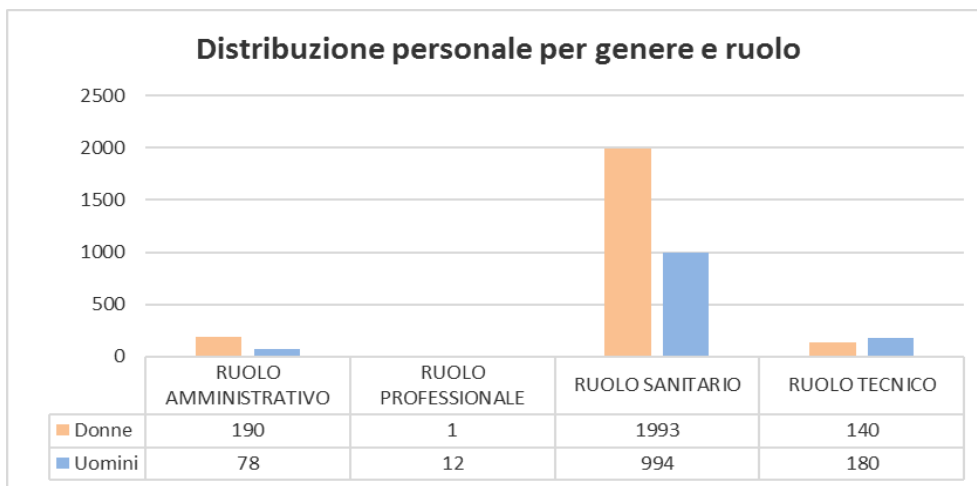


Analisi di genere

Nell'anno 2021, dei complessivi 3.588 dipendenti di ruolo presenti in servizio presso l'A.O. San Camillo-Forlanini, 2.324 sono donne (65%) e 1.264 uomini (35%), denotando una prevalenza del genere femminile.



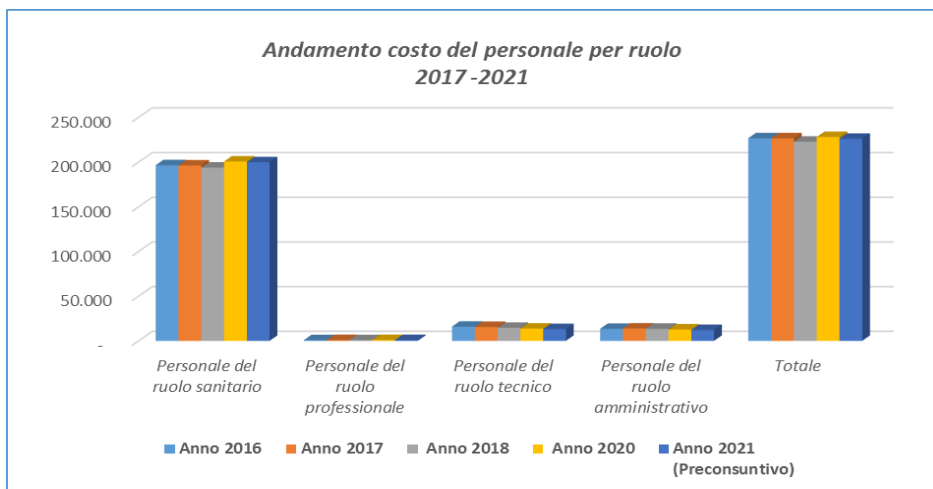
Approfondendo l'analisi di genere, nella tabella seguente si riporta anche una rappresentazione di genere per ruolo.



Costo del personale

Le tabelle successive mostrano, per il quinquennio 2017 – 2021 (dato di Preconsuntivo), il costo del personale dipendente dell'Azienda, suddiviso per ruolo e in base all'appartenenza alla Dirigenza o al Comparto:

Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (Preconsuntivo)
Personale dirigente del ruolo sanitario	93.613	91.588	89.504	92.043	94.607
Personale comparto del ruolo sanitario	102.888	104.745	104.322	108.647	105.214
Totale Personale del ruolo sanitario	196.501	196.333	193.826	200.690	199.821
Personale dirigente del ruolo professionale	542	609	605	677	697
Personale comparto del ruolo professionale	242	252	243	220	221
Totale Personale del ruolo professionale	784	861	848	897	918
Personale dirigente del ruolo tecnico	185	94	90	60	103
Personale comparto del ruolo tecnico	15.733	15.451	14.512	13.648	13.079
Totale Personale del ruolo tecnico	15.918	15.545	14.602	13.708	13.182
Personale dirigente del ruolo amministrativo	1.237	1.490	1.536	1.516	1.388
Personale comparto del ruolo amministrativo	12.245	12.382	12.011	11.248	10.744
Totale Personale del ruolo amministrativo	13.482	13.872	13.547	12.764	12.132
Totale	226.685	226.611	222.823	228.059	226.053



Costo del personale (Valori in migliaia di Euro)	Anno 2020	Anno 2021 (Preconsuntivo)	Variazioni	
			Euro	%
Personale del ruolo sanitario	200.690	199.821	- 869	-0,43%
Personale del ruolo professionale	897	918	21	2,34%
Personale del ruolo tecnico	13.708	13.182	- 526	-3,84%
Personale del ruolo amministrativo	12.764	12.132	- 632	-4,95%
Totale	228.059	226.053	- 2.006	-0,88%

2.1.2 DATI ATTIVITA'

Di seguito vengono rappresentati i dati di attività registrati negli anni 2017, 2018, 2019, 2020 e preconsuntivo 2021 relativi a:

- Ricoveri ordinari e ricoveri DH, in termini di n. dimessi e ricavo
- Ricoveri pazienti COVID in termini di dimessi
- Prestazioni RECUP in termini di n. prestazioni e ricavo
- Prestazioni di Pronto Soccorso in termini di Triage ed Esiti

Gli anni 2021 e 2020, sono stati caratterizzati come anni di gestione aziendale di tipo straordinario in considerazione dell'emergenza nazionale legata alla diffusione del virus COVID-19.

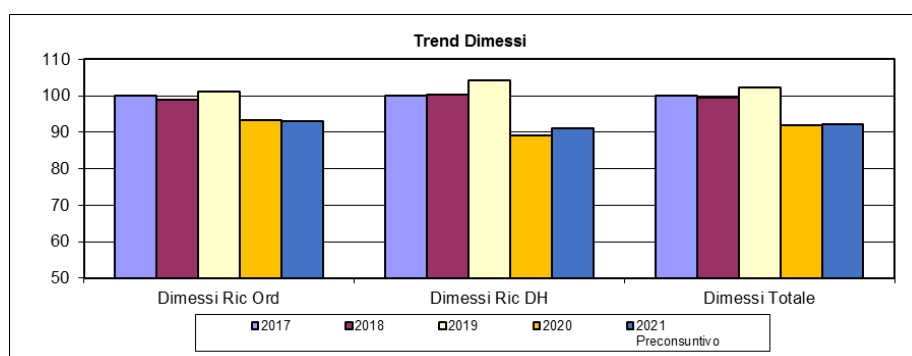
Per effetto degli atti normativi nazionali e regionali emanati per la gestione dello stato di crisi, l'Azienda nel corso degli ultimi due anni ha dovuto porre in essere misure straordinarie di tipo organizzativo e gestionale che hanno comportato forti effetti contrattivi in termini di produttività aziendale, sia di ricoveri ordinari e day hospital, sia in termini di produzione ambulatoriale.

Ricoveri Ordinari e Day Hospital_Dimessi

Di seguito si rappresenta la tabella dell'andamento dei dimessi che, per effetto della pandemia, denota una progressiva contrazione del numero dei ricoveri a partire dall'anno 2020.

DRG Dimessi*					
	2017	2018	2019	2020	2021 Preconsuntivo
Dimessi Ric Ord	25.393	25.115	25.674	23.698	23.604
Dimessi Ric DH	13.199	13.225	13.746	11.777	12.001
Dimessi Totale	38.592	38.340	39.420	35.475	35.605
Dimessi Ric Ord	100	99	101	93	93
Dimessi Ric DH	100	100	104	89	91
Dimessi Totale	100	99	102	92	92

* Fonte dati SIO

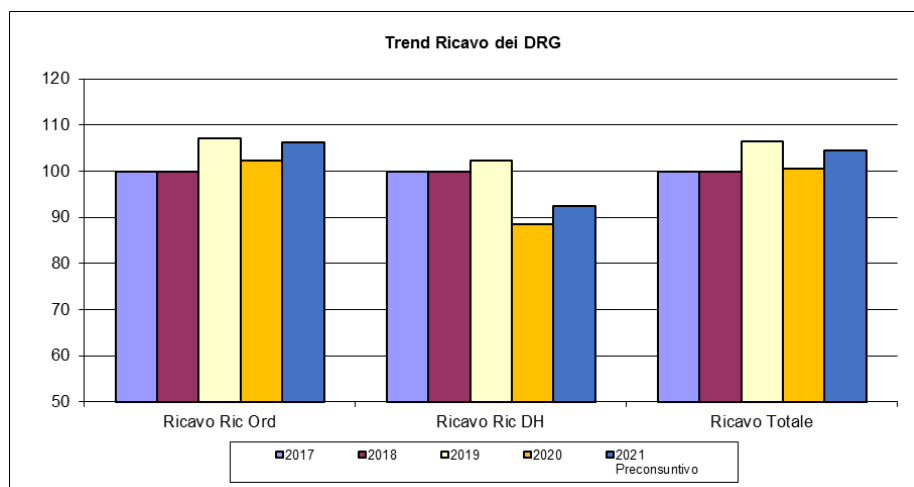


Ricoveri Ordinari e Day Hospital_Valore della produzione

Dalla successiva tabella emerge altresì una progressiva riduzione del ricavo, accompagnata tuttavia da un leggero incremento del ricavo medio per DRG.

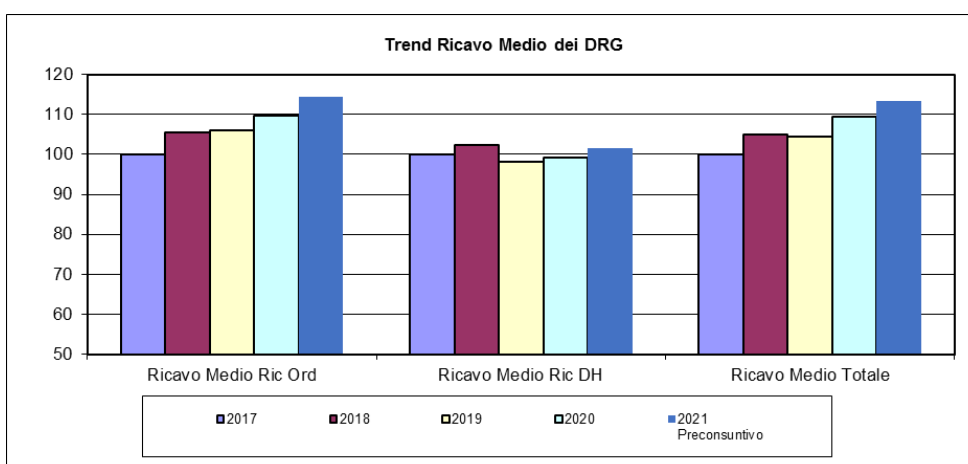
DRG Ricavo*					
	2017	2018	2019	2020	2021 Preconsuntivo
Ricavo Ric Ord	130.013.859	130.013.859	139.367.325	133.099.984	138.251.472
Ricavo Ric DH	19.527.864	19.527.864	19.974.513	17.267.029	18.050.279
Ricavo Totale	149.541.722	149.541.722	159.286.008	150.367.013	156.301.751
Ricavo Ric Ord	100	100	107	102	106
Ricavo Ric DH	100	100	102	88	92
Ricavo Totale	100	100	107	101	105

* Fonte dati SIO



DRG Ricavo Medio*					
	2017	2018	2019	2020	2021 Preconsuntivo
Ricavo Medio Ric Ord	5.120	5.404	5.428	5.617	5.857
Ricavo Medio Ric DH	1.479	1.514	1.453	1.466	1.504
Ricavo Medio Totale	3.875	4.063	4.041	4.239	4.390
Ricavo Medio Ric Ord	100	106	106	110	114
Ricavo Medio Ric DH	100	102	98	99	102
Ricavo Medio Totale	100	105	104	109	113

* Fonte dati SIO

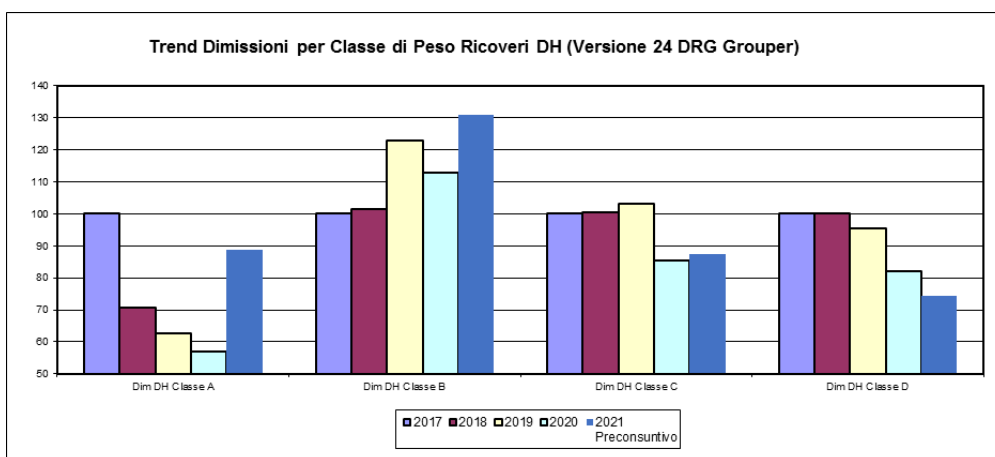
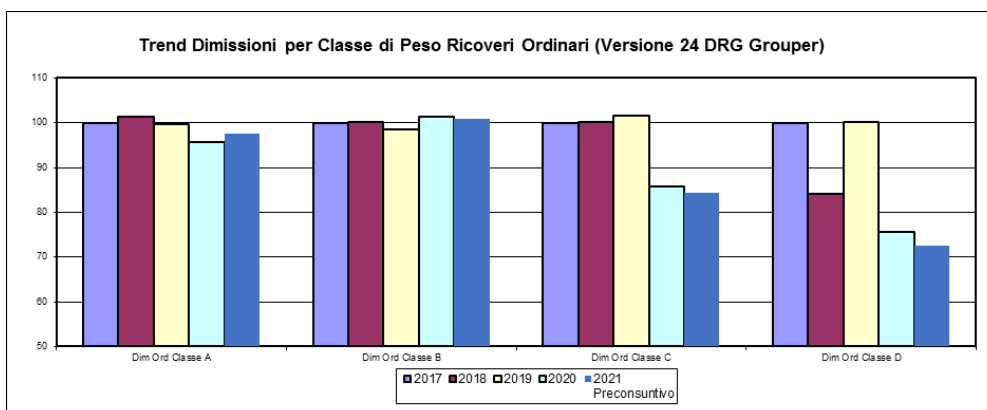


Ricoveri Ordinari e Day Hospital_Dimessi Classe di Peso

Dalla tabella di seguito rappresentata emerge una sensibile diminuzione dei ricoveri con classe di peso minore, mentre emerge un leggero incremento dei ricoveri con classe di peso maggiore, sia per quanto riguarda i ricoveri ordinari, che day Hospital.

Dimessi Classe di peso*					
	2017	2018	2019	2020	2021 Preconsuntivo
Dim Ord Classe A	7.036	7.124	7.019	6.733	6.857
Dim Ord Classe B	9.379	9.388	9.243	9.507	9.460
Dim Ord Classe C	6.539	6.552	6.650	5.614	5.516
Dim Ord Classe D	2.439	2.051	2.442	1.844	1.771
Dim DH Classe A	188	133	118	107	167
Dim DH Classe B	2.731	2.776	3.355	3.079	3.572
Dim DH Classe C	4.698	4.716	4.846	4.009	4.110
Dim DH Classe D	5.582	5.600	5.337	4.582	4.152
Dim Ord Classe A	100	101	100	96	97
Dim Ord Classe B	100	100	99	101	101
Dim Ord Classe C	100	100	102	86	84
Dim Ord Classe D	100	84	100	76	73
Dim DH Classe A	100	71	63	57	89
Dim DH Classe B	100	102	123	113	131
Dim DH Classe C	100	100	103	85	87
Dim DH Classe D	100	100	96	82	74

* Fonte dati SIO

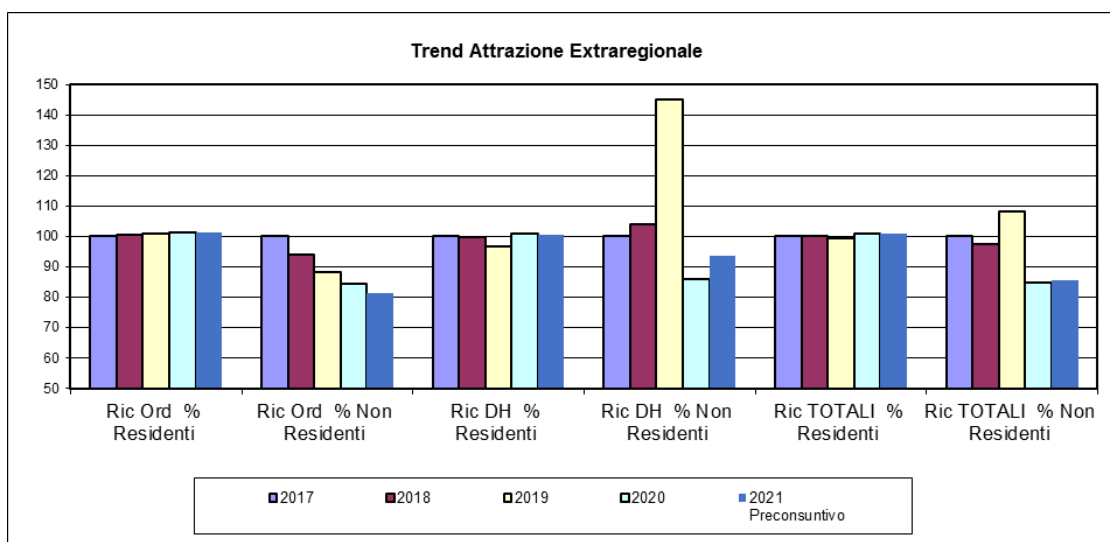


Ricoveri Ordinari e Day Hospital_Attrattiva Extraregionale

La successiva tabella rappresenta la distribuzione dei ricoveri distinguendoli per residenti e non residenti nella Regione. E' interessante rilevare come, anche negli ultimi due anni, interessati dalla pandemia da Covid 19, la percentuale di ricoveri per pazienti residenti e non residenti rimane sostanzialmente inalterata.

Attrazione Extraregionale*					
	2017	2018	2019	2020	2021 Preconsuntivo
Ric Ord % Residenti	93,28	93,69	94,08	94,34	94,53
Ric Ord % Non Residenti	6,72	6,31	5,92	5,66	5,47
Ric DH % Residenti	93,27	93,01	90,23	94,22	93,70
Ric DH % Non Residenti	6,73	6,99	9,77	5,78	6,30
Ric TOTALI % Residenti	93,28	93,46	92,73	94,30	94,25
Ric TOTALI % Non Residenti	6,72	6,54	7,27	5,70	5,75
Ric Ord % Residenti	100	100	101	101	101
Ric Ord % Non Residenti	100	94	88	84	81
Ric DH % Residenti	100	100	97	101	100
Ric DH % Non Residenti	100	104	145	86	94
Ric TOTALI % Residenti	100	100	99	101	101
Ric TOTALI % Non Residenti	100	97	108	85	86

* Fonte dati SIO



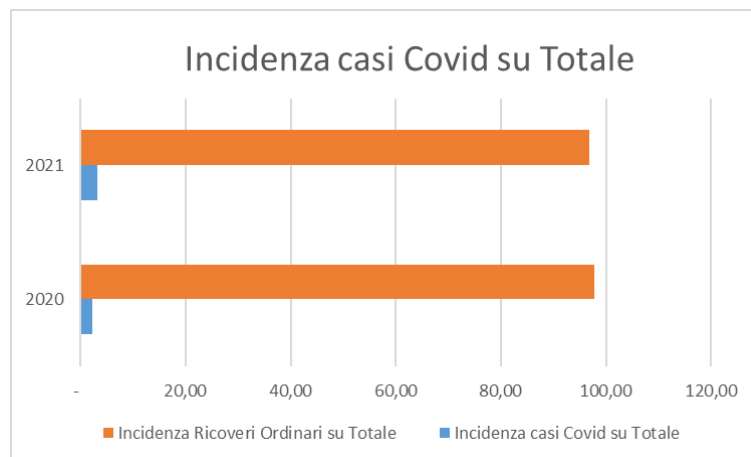
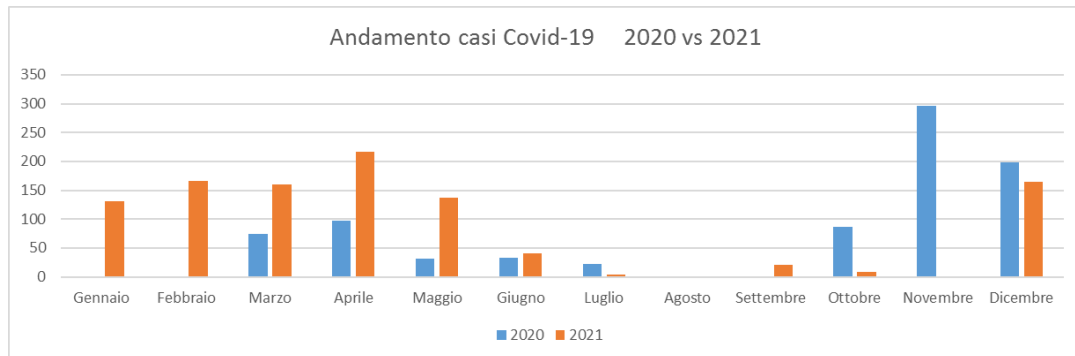
Dati attività ricoveri pazienti COVID 19

L'Azienda nel corso degli anni 2020 e 2021, caratterizzati dall'emergenza da pandemia COVID-19, ha dovuto adeguare la propria organizzazione all'evoluzione del quadro epidemiologico rimodulando l'assetto dei posti letto dedicati COVID-19 secondo le direttive emanate dalla Regione.

Le UO coinvolte sono state principalmente la Medicina Interna, la Broncopneumologia, il Servizio per la Terapia dell'Insufficienza Respiratoria Scompensata (STIRS) e la Rianimazione.

Le successive tabelle rappresentano l'andamento dei casi Covid-19 e l'incidenza rispetto ai Ricoveri Ordinari.

Anno	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
2020			74	97	31	33	22			86	297	199	839
2021	131	166	160	216	137	40	4		21	8	1	165	1.049

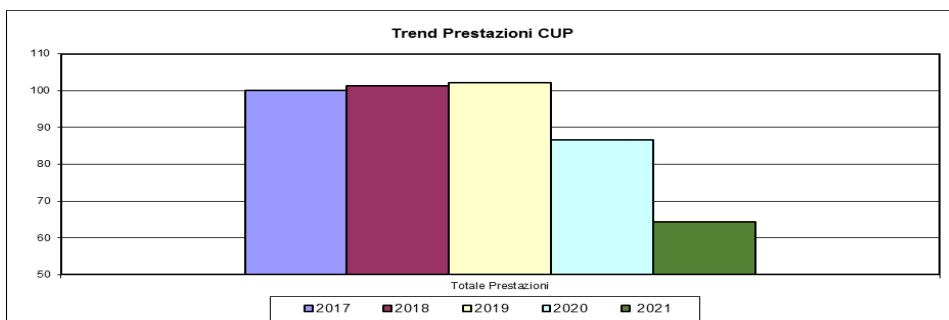


Prestazioni Ambulatoriali

Relativamente alle prestazioni RECUP, si evidenzia una riduzione nell'anno 2020 rispetto all'anno 2019, in quanto, per effetto della pandemia, sono state "sospese" nei mesi di marzo e aprile 2020 e in parte recuperate nei mesi successivi. Conseguentemente anche il ricavo ad esse collegato ha registrato una flessione, dovuta tuttavia anche all'abolizione della quota aggiuntiva di 10 euro sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a partire dal mese di settembre, così come stabilito dalla Legge di Bilancio 2020. Nell'anno 2021 si assiste ad una parziale ripresa del valore della produzione delle attività ambulatoriali che, seppur erogate in numero minore rispetto all'anno precedente, presentano un ricavo medio maggiore. Segnale che l'Azienda, pur contraendo l'erogazione delle prestazioni, ha effettuato attività più appropriate.

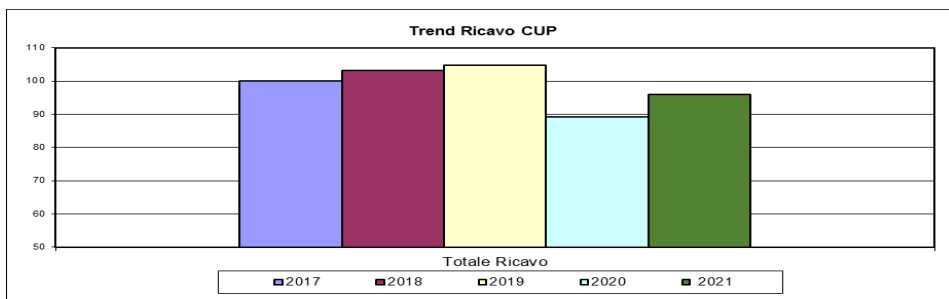
Prestazioni CUP*					
	2017	2018	2019	2020	2021
Totale Prestazioni	1.338.590	1.357.041	1.368.323	1.157.955	860.777
Totale Prestazioni	100	101	102	87	64

* Fonte dati SIO

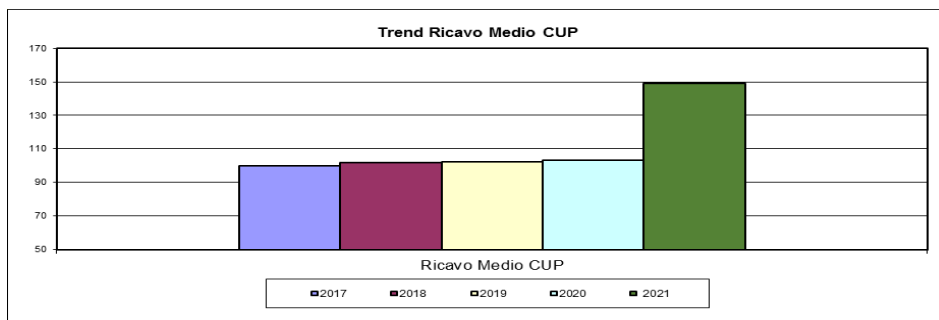


Ricavo CUP*					
	2017	2018	2019	2020	2021
Totale Ricavo	23.417.315	24.153.910	24.545.368	20.908.659	22.469.853
Totale Ricavo	100	103	105	89	96

* Fonte dati SIO



Ricavo Medio CUP					
	2017	2018	2019	2020	2021
Ricavo Medio CUP	17,49	17,80	17,94	18,06	26,10
Ricavo Medio CUP	100	102	103	103	149

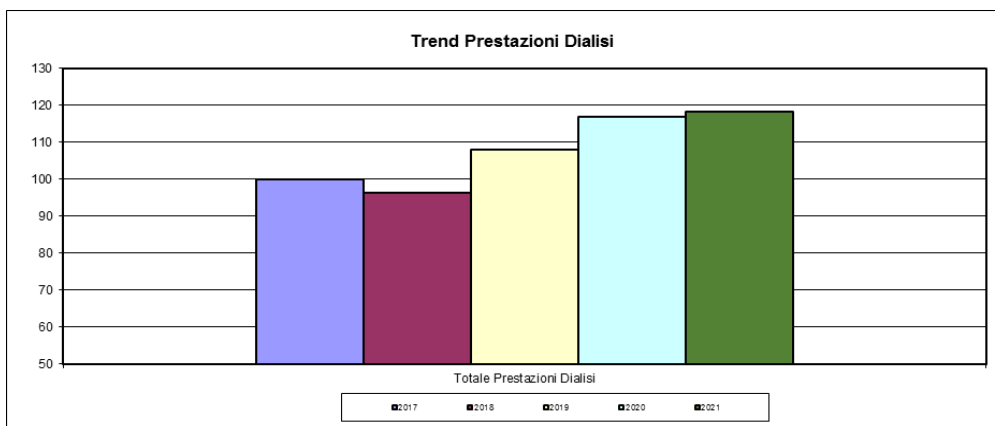


Prestazioni di Dialisi

Per quanto concerne le prestazioni di dialisi, a seguito delle strategie organizzative e logistiche attuate dalla Direzione aziendale, si registra nell'anno 2021 rispetto al 2020 un mantenimento delle prestazioni effettuate, sia in termini di numero di prestazioni che di ricavo ad esse collegato.

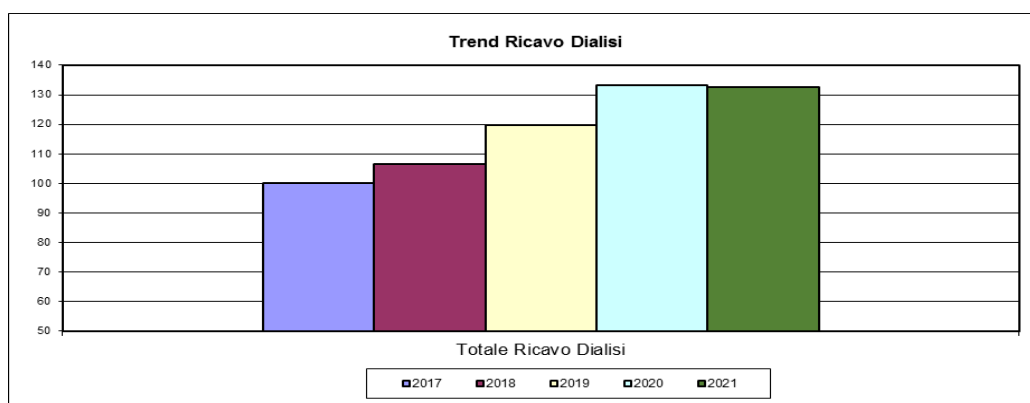
Prestazioni Dialisi*					
	2017	2018	2019	2020	2021
Totale Prestazioni	21.135	20.373	22.842	24.692	24.997
Totale Prestazioni Dialisi	100	96	108	117	118

* Fonte dati SIO



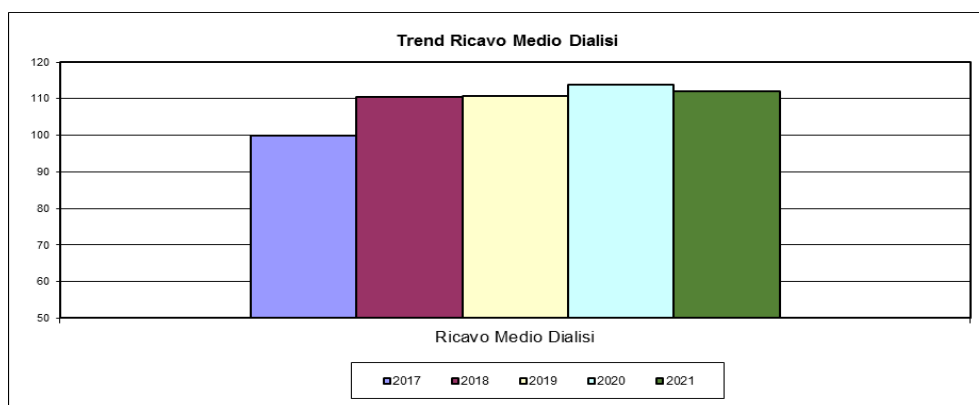
Ricavo Dialisi*					
	2017	2018	2019	2020	2021
Totale Ricavo	2.328.937	2.479.408	2.789.272	3.099.913	3.088.382
Totale Ricavo Dialisi	100	106	120	133	133

* Fonte dati SIO



Ricavo Medio Dialisi*					
	2017	2018	2019	2020	2021
Ricavo Medio Dialisi	110,19	121,70	122,11	125,54	123,55
Ricavo Medio Dialisi	100	110	111	114	112

* Fonte dati SIO



Pronto Soccorso

L'Azienda San Camillo Forlanini in qualità di DEA di II livello, è dotata di un Pronto Soccorso Medico Chirurgico, Pediatrico ed Ostetrico. Di seguito si rappresenta sia l'attività del Pronto Soccorso nel suo complesso che in dettaglio.

Le tabelle seguenti evidenziano come in anni caratterizzati dalla pandemia, siano diminuiti gli accessi nel complesso, ma risultano in incremento i codici Rosso e Giallo.

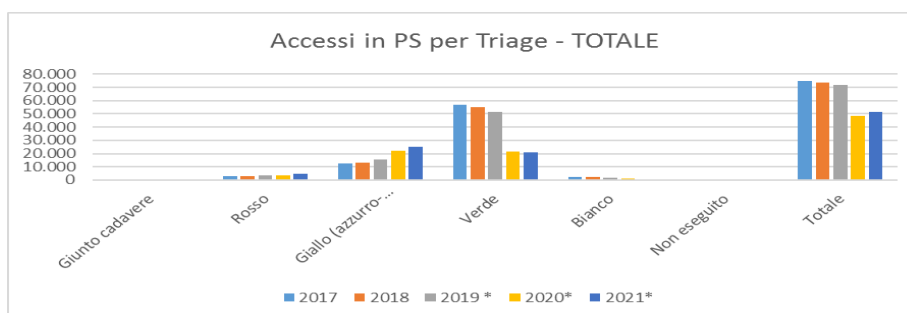
Pronto Soccorso Totale_Triage

Accessi in Pronto Soccorso per Triage -	2017	2018	2019 *	2020*	2021*
Giunto cadavere	21	16	19	13	17
Rosso	2.989	3.205	3.436	3.637	4.498
Giallo (azzurro-arancione)	12.683	13.373	15.275	22.195	25.230
Verde	57.063	55.131	51.513	21.733	20.823
Bianco	2.096	2.047	1.657	991	777
Non eseguito	13	24	21	21	12
Totale	74.865	73.796	71.921	48.590	51.357

* Sono stati recepiti ed aggiornati i codici di Triage alla nuova codifica

I dati riportati in questo confronto sono stati ricondotti alla codifica antecedente per poter effettuare il corretto raffronto

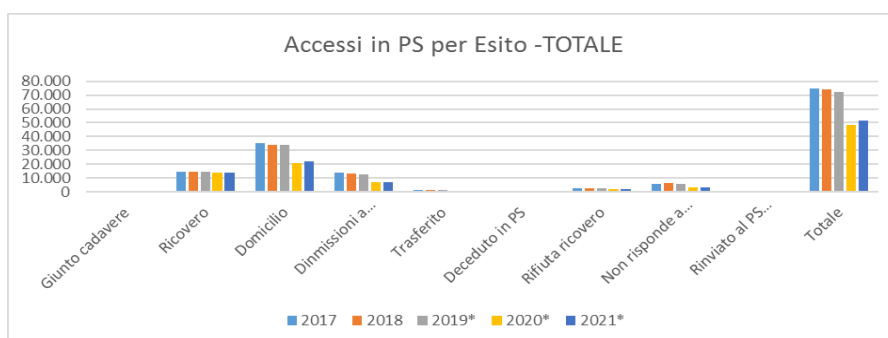
I Codici Arancio Azzurro sono stati sommati alle unità in codice Giallo



Pronto Soccorso Totale_Esito

Accessi in Pronto Soccorso per Esito - TOTALE	2017	2018	2019*	2020*	2021* [⊗]
Giunto cadavere	21	16	19	13	17
Ricovero	14.691	14.627	14.406	13.701	13.890
Domicilio	35.392	34.105	33.850	20.986	22.183
Dinmissioni a strutture ambulatoriali	13.829	13.255	12.514	7.199	7.369
Trasferito	1.448	1.480	1.352	843	1.033
Deceduto in PS	400	429	436	414	616
Rifiuta ricovero	2.511	2.561	2.544	1.859	2.240
Non risponde a chiamata	5.768	6.467	5.901	3.007	3.482
Rinviato al PS richiedente	805	856	899	568	527
Totale	74.865	73.796	71.921	48.590	51.357

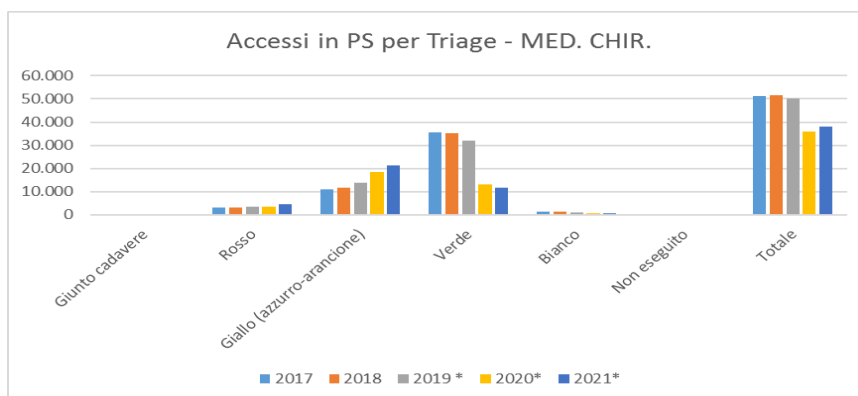
* 2019 - 2020 - 2021 "Paziente si allontana spontaneamente" è sommato a "Non risponde a chiamata"



Pronto Soccorso Medico Chirurgico Triage

Accessi in Pronto Soccorso per Triage - MEDICO CHIRURGICO	2017	2018	2019 *	2020*	2021* ²
Giunto cadavere	21	16	19	13	17
Rosso	2.962	3.195	3.410	3.621	4.468
Giallo (azzurro-arancione)	10.976	11.785	13.670	18.353	21.293
Verde	35.679	35.167	32.042	13.246	11.677
Bianco	1.429	1.408	1.106	716	516
Non eseguito	13	22	18	18	12
Totale	51.080	51.593	50.265	35.967	37.983

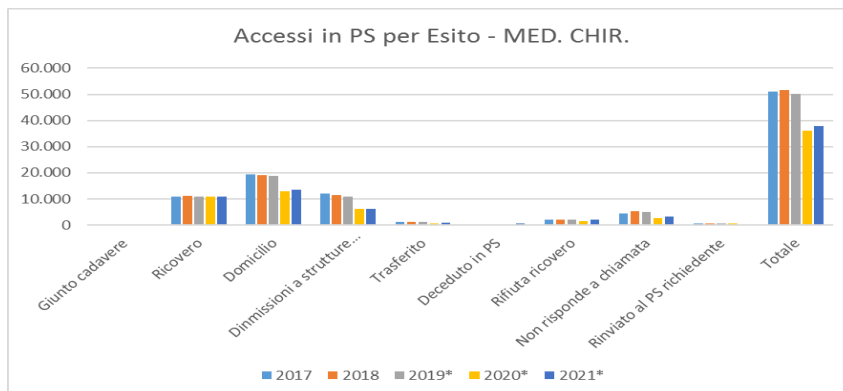
* Sono stati recepiti ed aggiornati i codici di Triage alla nuova codifica
I dati riportati in questo confronto sono stati ricondotti alla codifica antecedente per poter effettuare il corretto raffronto
I Codici Arancio Azzurro sono stati sommati alle unità in codice Giallo



Pronto Soccorso Medico Chirurgico Esito

Accessi in Pronto Soccorso per Esito - MEDICO CHIRURGICO	2017	2018	2019*	2020*	2021* ²
Giunto cadavere	21	16	19	13	17
Ricovero	10.812	11.126	10.902	10.767	11.022
Domicilio	19.287	18.993	18.916	12.923	13.452
Dimissioni a strutture ambulatoriali	12.010	11.382	10.827	6.282	6.330
Trasferito	1.324	1.333	1.250	763	958
Deceduto in PS	400	429	436	414	616
Rifiuta ricovero	2.112	2.180	2.188	1.622	1.980
Non risponde a chiamata	4.499	5.455	4.983	2.678	3.150
Rinviato al PS richiedente	615	679	744	505	458
Totale	51.080	51.593	50.265	35.967	37.983

2019 - 2020 -2021 "Paziente si allontana spontaneamente" è sommato a "Non risponde a chiamata"



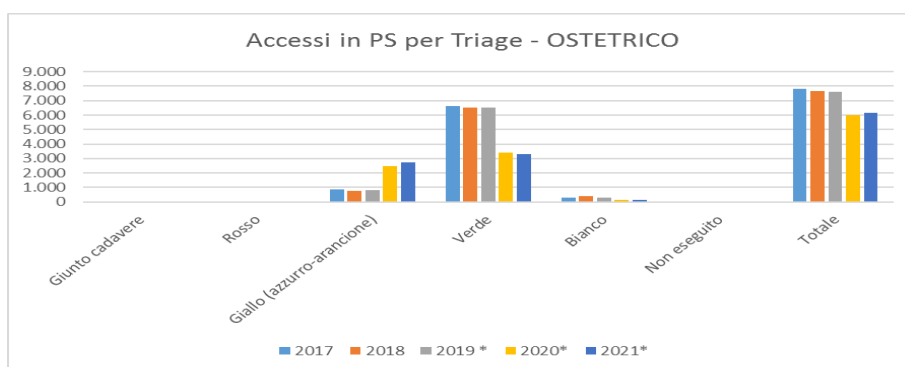
Pronto Soccorso Ostetrico_Triage

Accessi in Pronto Soccorso per Triage - OSTETRICO	2017	2018	2019 *	2020*	2021* ⁷
Giunto cadavere	0	0	0	0	0
Rosso	2	2	4	10	15
Giallo (azzurro-arancione)	860	743	819	2.480	2.729
Verde	6.626	6.520	6.502	3.387	3.298
Bianco	311	376	285	130	114
Non eseguito	0	2	1	0	0
Totale	7.799	7.643	7.611	6.007	6.156

* Sono stati recepiti ed aggiornati i codici di Triage alla nuova codifica

I dati riportati in questo confronto sono stati ricondotti alla codifica antecedente per poter effettuare il corretto raffronto

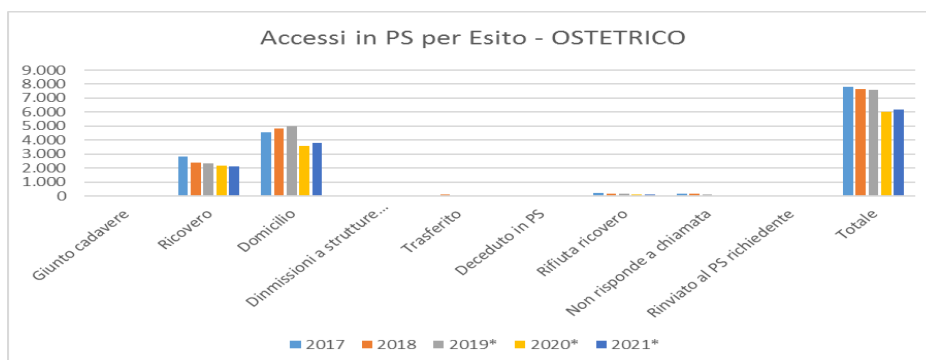
I Codici Arancio Azzurro sono stati sommati alle unità in codice Giallo



Pronto Soccorso Ostetrico_Esito

Accessi in Pronto Soccorso per Esito - OSTETRICO	2017	2018	2019*	2020*	2021* ⁷
Giunto cadavere	0	0	0	0	0
Ricovero	2.816	2.403	2.319	2.168	2.116
Domicilio	4.532	4.799	4.984	3.593	3.790
Dimissioni a strutture ambulatoriali	23	44	6	22	7
Trasferito	74	84	62	30	43
Deceduto in PS	0	0	0	0	0
Rifiuta ricovero	200	176	141	120	128
Non risponde a chiamata	140	135	97	72	69
Rinviato al PS richiedente	14	2	2	2	3
Totale	7.799	7.643	7.611	6.007	6.156

2019 - 2020 - 2021 "Paziente si allontana spontaneamente" è sommato a "Non risponde a chiamata"



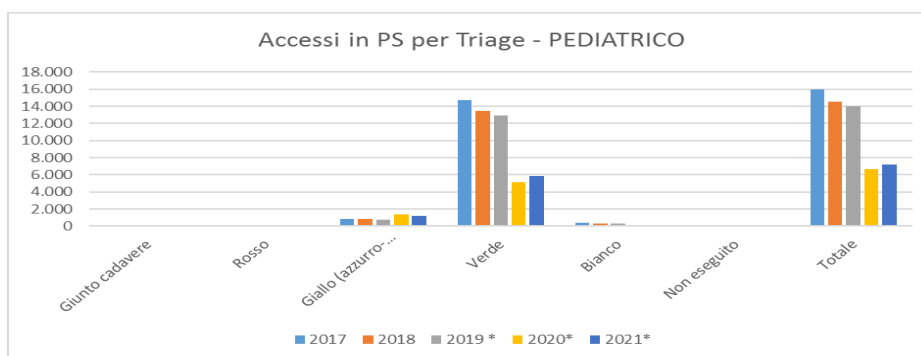
Pronto Soccorso Pediatrico_Triage

Accessi in Pronto Soccorso per Triage - PEDIATRICO	2017	2018	2019 *	2020*	2021* [¶]
Giunto cadavere	0	0	0	0	0
Rosso	25	8	22	6	15
Giallo (azzurro-arancione)	847	845	786	1.362	1.208
Verde	14.758	13.444	12.969	5.100	5.848
Bianco	356	263	266	145	147
Non eseguito	0		2	3	0
Totale	15.986	14.560	14.045	6.616	7.218

* Sono stati recepiti ed aggiornati i codici di Triage alla nuova codifica

¶ I dati riportati in questo confronto sono stati ricondotti alla codifica antecedente per poter effettuare il corretto raffronto

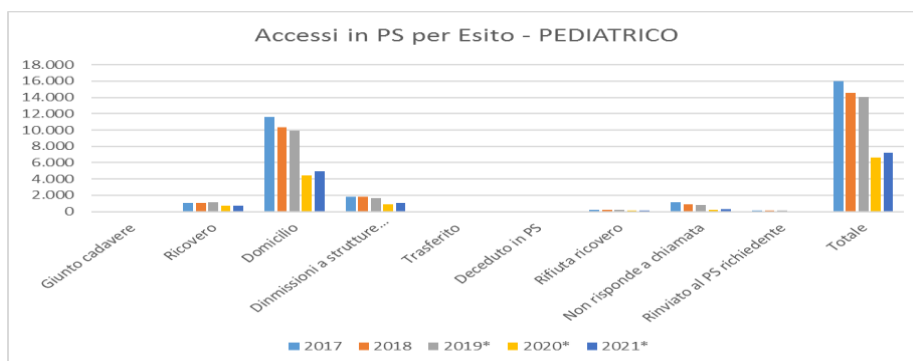
¶ I Codici Arancio Azzurro sono stati sommati alle unità in codice Giallo



Pronto Soccorso Pediatrico_Esito

Accessi in Pronto Soccorso per Esito - PEDIATRICO	2017	2018	2019*	2020*	2021* [¶]
Giunto cadavere	0	0	0	0	0
Ricovero	1.063	1.098	1.185	766	752
Domicilio	11.573	10.313	9.950	4.470	4.941
Dinmissioni a strutture ambulatoriali	1.796	1.829	1.681	895	1.032
Trasferito	50	63	40	50	32
Deceduto in PS	0	0		0	0
Rifiuta ricovero	199	205	215	117	132
Non risponde a chiamata	1.129	877	821	257	263
Rinviato al PS richiedente	176	175	153	61	66
Totale	15.986	14.560	14.045	6.616	7.218

2019 - 2020 - 2021 "Paziente si allontana spontaneamente" è sommato a "Non risponde a chiamata"

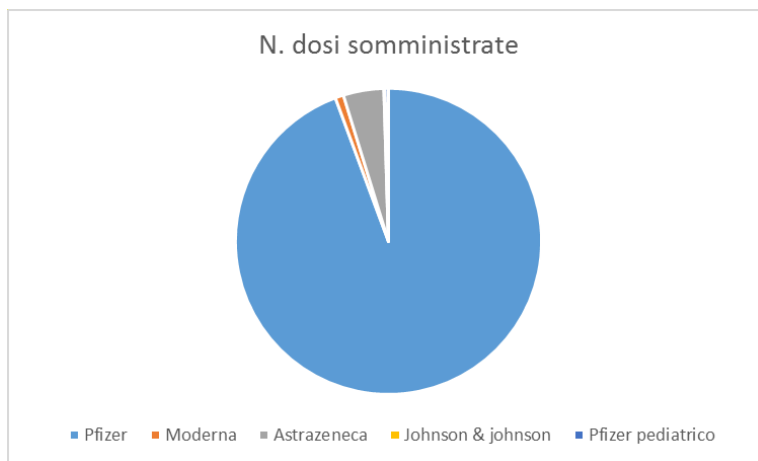


Somministrazione Vaccini

L'Azienda è fortemente presente nell'attività di vaccinazione e nel corso dell'anno 2021 sono stati attivi diversi centri vaccinali (Malpighi – Majorana – Antonini – Antonini Pediatrico).

In totale, nel periodo compreso dal 29/12/2020 al 31/12/2021, presso i quattro diversi centri vaccinali dell'Azienda sono stati somministrati 328.760 dosi di vaccino anti-SARS-CoV-2 di cui 146.535 prime dosi, 136.088 seconde dosi e 46.137 terze dosi.

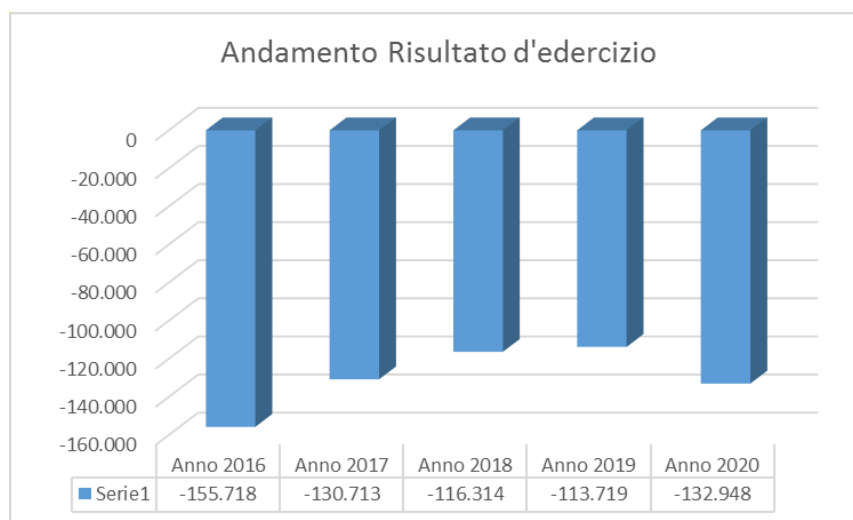
Tipologia vaccino	N. dosi somministrate
Pfizer	310.213
Moderna	2.886
Astrazeneca	14.098
Johnson & johnson	352
Pfizer pediatrico	1.211
Totale	328.760



2.1.3 RISORSE FINANZIARIE

Di seguito vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni che rappresentano il punto di riferimento e di partenza per la definizione della performance aziendale.

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
A-Valore della produzione	290.965	293.161	304.244	307.365	303.738
B-Costi della produzione	430.867	412.777	413.234	406.216	421.594
Differenza tra valore e costi della produzione	-139.901	-119.616	-108.990	-98.851	-117.856
C-Proventi e oneri finanziari	-189	-1.471	-82	-49	-20
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	335	6.122	7.948	-230	-428
X-Risultato prima delle imposte	-139.755	-114.965	-101.124	-99.130	-118.304
Y-Imposte e tasse	15.962	15.747	15.190	14.589	14.644
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-155.718	-130.713	-116.314	-113.719	-132.948



Per quanto concerne l'annualità 2020, il risultato di esercizio risente in maniera evidente degli effetti della pandemia da COVID-19. Gli effetti contrattivi in termini di produttività aziendale (ricoveri ordinari, DH e prestazioni ambulatoriali) hanno comportato al termine dell'anno di gestione una perdita d'esercizio pari a - 132.947.988 in notevole incremento rispetto al trend in diminuzione degli anni precedenti.

In ogni caso, pur con tutte le difficoltà, l'Azienda è riuscita a rispettare i limiti fissati dalla Regione Lazio in sede di Bilancio preventivo.

Nella tabella sottostante, si evidenzia lo scostamento negativo tra il concordamento e il preconsuntivo 2021, dovuto sia ad una forte contrazione della produzione, per effetto della continua riorganizzazione dell'assetto dei posti letto dedicati ai pazienti Covid, sia ai maggiori costi sostenuti per sostenere i percorsi dedicati e la sicurezza degli operatori e del paziente.

Valori da Modello CE in migliaia di Euro	Concordamento Anno 2021	Preconsuntivo Anno 2021
A-Valore della produzione	313.884	294.227
B-Costi della produzione	-426.645	-440.614
Differenza tra valore e costi della produzione	-112.761	-146.387
C-Proventi e oneri finanziari	-158	-45
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	0	-1.313
X-Risultato prima delle imposte	-112.919	-147.745
Y-Imposte e tasse	-15.455	-15.503
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	-128.374	-163.248

2.2 MISSION

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini realizza le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo appropriato, efficiente ed efficace e garantisce un servizio di qualità.

L'Azienda rappresenta un polo erogante prestazioni di emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di riferimento per tutti cittadini residenti nel Lazio e per tutto il bacino di utenza che ricade sull'Azienda in virtù dell'integrazione con le reti assistenziali, oltre che per una discreta quota di cittadini residenti al di fuori della Regione.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale, l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza delle cure, degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi erogati nel corso del processo diagnostico-terapeutico e la promozione del coinvolgimento dei cittadini ai fini della valutazione del servizio reso.

L'Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute – collegati in particolare al rilievo crescente delle cronicità, delle patologie e delle patologie emergenti e riemergenti - attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente appropriato la domanda espressa dai cittadini.

Dall'anno 2020, inoltre, con il crescere dell'emergenza nazionale legata alla diffusione del virus COVID-19, l'Azienda è stata coinvolta dalla Regione Lazio inizialmente per l'effettuazione di screening sierologici e tamponi alla cittadinanza, successivamente quale azienda Hub per la somministrazione dei vaccini alla popolazione.

In tutti i casi, è compito dell'Azienda promuovere e garantire la partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro Associazioni, nel rispetto delle norme vigenti, ricercando il coordinamento con gli altri soggetti del sistema sanità per accentuare l'efficacia degli interventi.

L'azione dell'Azienda si ispira, poi, a criteri di appropriatezza, di efficacia, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili.

È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

Vengono di seguito elencati i principi-guida ai quali l'Azienda ispira la propria missione:

1. nei confronti dei cittadini:
 - la centralità della persona nei confronti della quale svolgere tutte le pratiche diagnostico-terapeutico-riabilitative finalizzate al suo benessere biopsicofisico nella consapevolezza che ognuno 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;
 - il rispetto della dignità umana;
 - l'equità degli accessi ai servizi;
 - la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza delle prestazioni;

-
- l'educazione alla salute intesa come la promozione di stili di vita e comportamenti ispirati alla prevenzione delle malattie e alla lotta al consumismo farmacologico e sanitario;
 - il piano della trasparenza, come in seguito dettagliato.
2. nei confronti degli Operatori:
- l'etica professionale;
 - il coinvolgimento e la qualificazione continua dei professionisti e del personale tutto, da sostenere attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale.
3. nei confronti della Gestione:
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio, da ottenere attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse disponibili, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute, secondo criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario e dai Piani Operativi Regionali;
 - la innovazione e differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti;
 - la razionalizzazione del sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute.

2.3 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'Albero della Performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione. In altri termini dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Nel presente Piano della Performance 2022-2024 viene riportata la pianificazione degli obiettivi che nel triennio interessano la performance aziendale. La declinazione degli stessi viene rappresentata per l'anno 2022 tenuto conto che per assunto tali obiettivi riguardano anche gli anni 2023 e 2024 e per questi ultimi gli aggiornamenti del Piano annuale consentiranno la loro rimodulazione.

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.

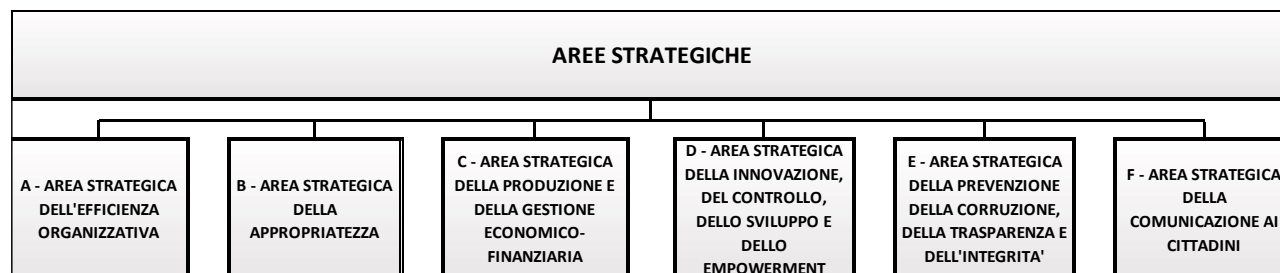
Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi nei quali all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e infine risorse assegnate.

La Mission fa riferimento alle seguenti n. 5 aree strategiche, per le quali vengono indicati i rispettivi obiettivi:

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

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

Di seguito la rappresentazione grafica dell'albero della Performance contenuta nel presente Piano.



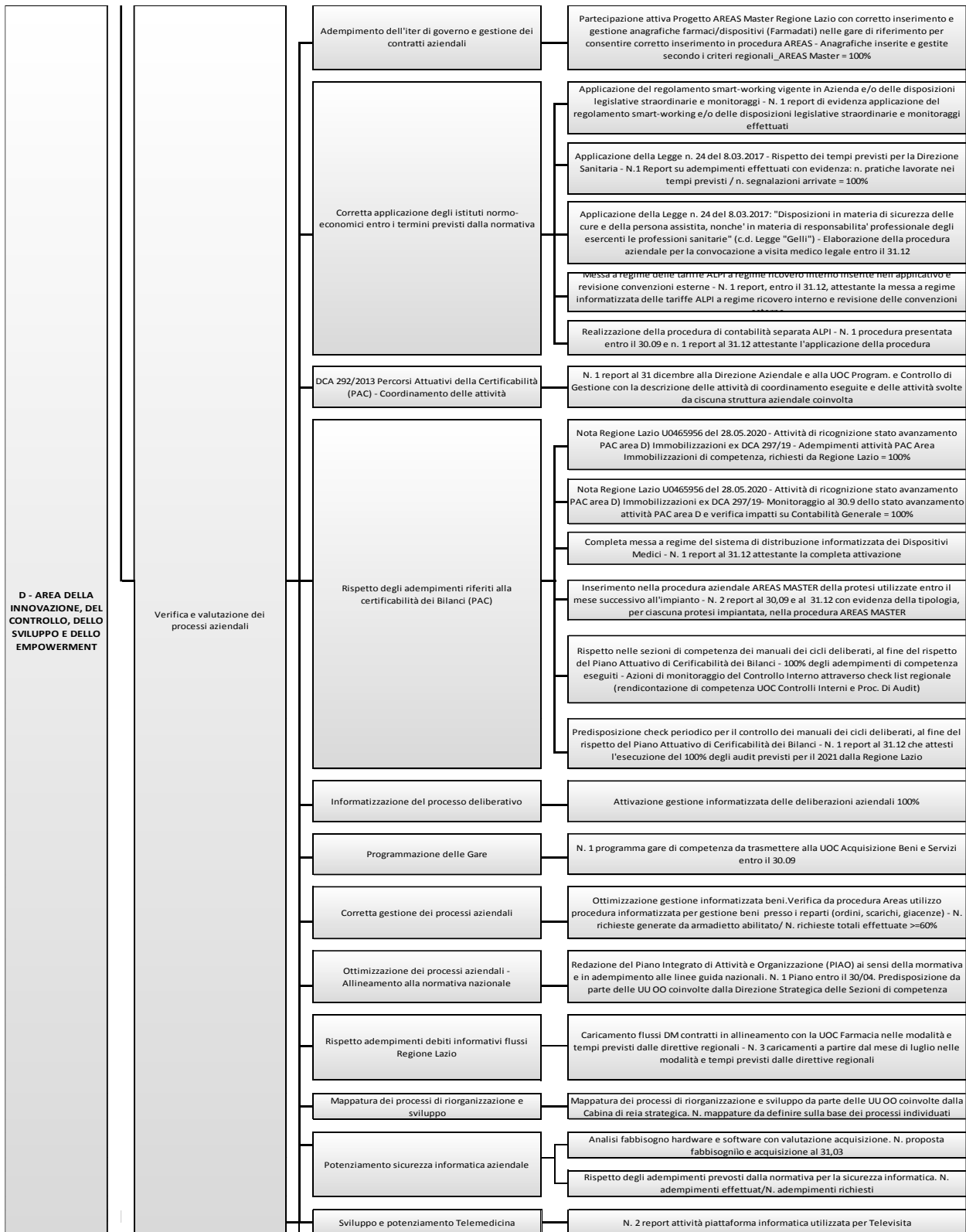
AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	Miglioramento delle prestazioni sanitarie	Ottimizzazione dell'utilizzo delle Camere Operative	Corretto Utilizzo della Disponibilità delle Camere Operative - Numero totale interventi	
		Ottimizzazione percorso ricoveri da Pronto Soccorso	Corretto Utilizzo della Disponibilità delle Camere Operative - Numero totale interventi di Trapianti d'Organo	
			Monitoraggio sul rispetto del Piano Debito PL per i Pronto Soccorso Concordato con le UU.OO. e riportato nell'allegato A alla Scheda di budget (fatto salvo il sovrappioppamento per situazioni eccedenti ordinario) - Numero Posti Letto Messi a Disposizione Per Debito / N. PL Assegnati per Debito	
	Monitoraggio dei debiti informativi e controlli	Rispetto adempimenti debiti informativi flussi Regione Lazio	Monitoraggio caricamento flussi (File F, File R, Flusso DM contratti) sulle piattaforme regionali previste nelle modalità e tempi indicati dalle direttive regionali - N. 2 monitoraggio al 30,06 e al 31.12 dei caricamenti effettuati dalle strutture competenti a partire dal mese di settembre (competenze agosto)	
		Assicurare la tempestività dei Flussi Esterni / Interni (File F, File R, Scheda di dimissione ospedaliera, Registrosi CUP, Registrosi prestazioni interne, Registrosi RIS e PACS, Corretta registrazione sul R.O., Flussi alimentanti COAN)	Rispetto delle tempistiche di invio congruità e completezza dei Flussi File R, File F, DM consumi e contratti - N. 3 report al 30,06, 30.09 e al 31.12 con evidenza del rispetto al 100% delle tempistiche normative per l'invio dei dati, nonché della completezza e qualità degli stessi (desumibile dalla congruenza dei citati flussi dal CE e dal flusso Traccia).	
	Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie	Attuazione dei programmi di vaccinazione	Monitoraggio indicatori esiti - N. 1 report al 31.12	
			Monitoraggio attività di somministrazione vaccini - N. di vaccini effettuate / N. dosi consegnate = 100%	
		Miglioramento, definizione ed attuazione dei processi organizzativi		Attivazione Centrale sterilizzazione per PIASTRA - N. 1 Relazione a chiusura lavori
				Attività Nuovo ReCUP - N. 3 Report dati attività (30/06-30/09-31/12)
				Ottimizzazione rapporto: prestazioni erogate / ore lavorate - Report mensili a partire dal mese di ottobre contenenti il numero delle prestazioni erogate / numero ore lavorate
				Ottimizzazione rapporto: prestazioni eseguite/ricieste pervenute - Report mensili a partire dal mese di ottobre contenenti il numero delle prestazioni eseguite / numero richieste pervenute
				Monitoraggio del ciclo di smaltimento dei rifiuti e della raccolta differenziata - Relazione con report sul monitoraggio
				Revisione e monitoraggio panel degli indicatori di attività delle camere operatorie aziendali - N. 1 report al mese alla Direzione Strategica sul monitoraggio effettuato presso le singole camere operatorie con particolare riferimento all'indice di occupazione per UU.OO.
				Monitoraggio camere operatorie aziendali - N. 1 Report al mese sulla gestione delle liste di attesa operatorie per ogni UU.OO. e relative misure correttive adottate.
				Attuazione progetto finalizzato allo sviluppo del nuovo registro Operatorio - N. interventi registrati su nuovo registro operatorio / N. interventi eseguiti a far data dal 7 Settembre.
				Evidenza di attività programmatica/operativa congiunta per quanto attiene l'attività di Camera Operatoria istituzionale e Intramoenia (intraospedaliera ed allargata) con costumerizzazione alle differenti discipline - Predisposizione di n. 2 monitoraggi trimestrali, al 30.09 e al 31.12 di confronto sull'attività di Camera Operatoria istituzionale e Intramoenia per UU.OO. con evidenza delle misure correttive intraprese. specialistiche.
				Monitoraggio delle liste di attesa e stato delle stesse - "Pulizia" delle liste al 2020: N. Interventi al 31.12 gestiti/ N. Interventi lista d'attesa estratte al 31.12
				Elaborazione Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) e Piano Annuale di Risk Management (PARM) entro i termini previsti dalla normativa - N. 2 deliberazioni con con i Piani adottati allegati entro il 15/02 e trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRCC) entro il 28.02
				Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane. Utilizzo dello straordinario a copertura delle assenze non programmabili - ore di straordinario / assenze non programmabili distribuiti per qualifica <=1
				Supporto e partecipazione al miglioramento della gestione delle risorse umane: Ricognizione incidenza straordinario per qualifica - Report per qualifica delle ore di straordinario effettuate entro il 30 settembre

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
B - AREA DELLA APPROPRIATEZZA	Efficientamento dei livelli prestazionali delle UO attraverso il corretto utilizzo delle risorse e la saturazione dei livelli di prestazioni erogate	Miglioramento appropriatezza delle prestazioni erogate	Esecuzione dell'esame Tc su pazienti con sospetto ictus entro 30 minuti dalla richiesta del Codice Rosso (PDTA) - N.TC su pazienti con sospetto ictus esaminati entro 30 minuti / N. TC su pazienti con sospetto ictus esaminati =1
			utilizzo modulo order entry del sistema operativo cartella clinica informatizzata per richieste prestazioni/consulenze per interni - n. prestazioni/consulenze per interni erogate e validate su modulo order entry del sistema operativo cartella clinica informatizzata / n. richieste prestazioni/consulenze per interni effettuate con modulo order entry
			Monitoraggio utilizzo cartella clinica informatizzata presso tutte le UU.OO. - N. cartelle cliniche informatizzate / N. totale cartelle cliniche per ciascuna UU.OO.
			Partecipazione alle attività di Hub Rete Trauma (Codoci Rossi) - Numero di esami TC / pazienti politraumatizzati >= 8
	Efficientamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate	Efficientamento/Incremento delle Prestazioni Interne, ed Erogazione delle stesse nei tempi e in applicazione ai PDTA aziendali, nel rispetto della loro appropriatezza - N. 1 report indicante la percentuale dei sinistri istruiti per malpractice rispetto alle richieste di risarcimento pervenute (>= 95%)	
		Obiettivo Direttore Generale - Livelli produzione attività ambulatoriale con verifica Agende - N. 4 report di monitoraggio mensili a partire dal mese di settembre_verifica incremento attività ambulatoriale	
	Performance dell'attività	Valutazione della complessità delle TI e Rianimazioni	Report attività produttività aggiuntiva UUOO autorizzate con verifica incremento attività ambulatoriale - N. 2 Relazioni (30/09-31/12)
			Numero dei casi con degenza inferiore a 14 giorni / numero dei casi totali (esclusi i deceduti) - Percentuale Ricoveri con Degenza con degenza inferiore a 7 gg esclusi i deceduti valore uguale o maggiore
			Numero dei casi con degenza maggiore di 7 giorni / numero dei casi totali (esclusi i deceduti) - Percentuale dei Pazienti con Degenza > di 7 gg esclusi i deceduti valore uguale o inferiore
	Valutazione e adempimenti su rischi aziendali	Prevenzione del rischio e diritto di tutela	numero dei casi con degenza minore di 2 giorni / numero de casi totali (esclusi i deceduti - Percentuale Ricoveri con Degenza < a 2 gg esclusi i deceduti uguale o maggiore
			Attuazione degli adempimenti nell'ambito delle attività svolte presso il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) - N. 1 report al 31.12 attestante la partecipazione nell'anno al 100% delle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri nonché esplicativo del contributo apportato
			Consulenza legale nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) aziendale - N. 1 report al 31.12 indicante in numero di sedute effettuate durante l'anno e l'attività di consulenza espletata
Rispetto degli adempimenti dei Piani di efficientamento e riqualificazione	Indicatori di processo e di esito - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari - P.Re.Val.E.	Monitoraggio situazione Sinistri pertipologia e causa - N. 2 report di monitoraggio al 30.06 e al 31.12	
Valore della Produzione	Efficientamento della Produzione	Grado complessivo di raggiungimento degli indicatori P.Re.Val.E.	
		Valore economico complessivo delle prestazioni di ricovero U.O.	
		Valore economico complessivo delle prestazioni di ricovero Dipartimento	
	Efficientamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate	Valore economico complessivo delle prestazioni di ricovero dei trapianti d'organo	
		Razionalizzazione delle risorse disponibili per l'esecuzione delle verifiche agli acceleratori lineari tramite implementazione di un software - Incremento del 20% del numero medio di parametri controllati per accesso: (numero medio parametri da 4 a 5)	
		Numero delle prestazioni ambulatoriali Recup	
Sviluppo e valutazione delle attività per strutture non aziendali	Valore economico delle prestazioni ambulatoriali Recup UU.OO. e Dipartimento		
	Valore economico complessivo delle prestazioni di dialisi		
	Rilevazione delle attività di Convenzioni Attive, Partnership, Progetti, etc. di Strutture Esterne all'Azienda - Valore Economico delle prestazioni per Altre Strutture esterne alla Azienda. (Valore Rilevato per l'Azienda)		
		Incremento dell'attività di raccolta sangue - Incremento del 5% delle raccolte rispetto al valore dell'anno precedente	

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Miglioramento dello Stato Patrimoniale	Gestione operativa dei finanziamenti per lavori assegnati all'Azienda, nel rispetto dei progetti esecutivi e delle scadenze previste	N. 2 aggiornamenti al conoprogramma al 15.10 e al 31.12 - Ricognizione attività progettuali anni pregressi e riallineamento della situazione investimenti relativi
		Budget degli investimenti	<p>Coordinamento per predisposizione Budget degli investimenti dell'anno successivo (vd. schema D.Lgs. N. 118/2011) - N. 1 Budget degli investimenti complessivo aziendale per l'anno successivo alla Direzione Aziendale entro il 15.11 (Fabbisogno quali-quantitativo)</p> <p>N. 1 Budget degli investimenti per l'anno successivo da trasmettere entro il 31.10 alla UOC Contabilità e Bilancio (Fabbisogno quali-quantitativo)</p>
	Miglioramento del risultato economico	Contenimento della spesa farmaceutica, ospedaliera e ambulatoriale	Invio capitolati tecnici alla UOC Acquisizione Beni e Servizi entro 90 gg. prima della scadenza contratto - N. 4 report mensili, a decorrere dal mese di settembre, con indicazione dei capitolati inviati, del rispetto delle scadenze o delle motivazioni dei mancati invii o ritardi negli invii
			Invio proposta fabbisogni quali-quantitativi e programmazione gare alla UOC Acquisizione beni e Servizi - N. 1 proposta fabbisogni quali-quantitativi e programmazione gare alla UOC ABS entro il 30.09
			Rispetto del budget dei beni assegnato in negoziazione (a livello di struttura UOC/UOSD e di Dipartimento)
		Gestione del Personale - Dotazioni Organiche	Attivazione procedure per istituti Madia - N. 2 procedure attivate al 31.12
		Implementazione della Contabilità Analitica Aziendale (COAN)	<p>Progettazione/implementazione della Contabilità Analitica Regionale - Trascodifica dei centri di rilevazione aziendali vs centri di rilevazione regionali e Trascodifica dei conti gestionali vs fattori produttivi regionali - N. 1 documenti di trascodifica entro il 31.12</p> <p>Proseguimento e sviluppo Progetto Contabilità Analitica Regionale - Trasmissione in Regione Lazio Template e CE di reparto - N. 12 invii alla Regione Lazio entro il 31.12</p>
	Gestione emergenza Covid - attività di monitoraggio	Rendicontazione costi legati all'emergenza COVID-19 - N. 4 report trimestrali	
	Monitoraggio convenzioni attive e passive	Corretta gestione normo-economica delle convenzioni attive e passive con verifiche periodiche sul rispetto delle scadenze e degli adempimenti economici correlati - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 con evidenza del rispetto delle scadenze delle convenzioni attive e passive e con il monitoraggio delle fatture emesse/ricevute per ciascuna convenzione attiva o passiva	
	Ottimizzazione della gestione del Ciclo Attivo	Azione di ricognizione sullo stato di avanzamento fatturazione attiva ed impulso verso le strutture deputate a fornire gli elementi necessari alla fatturazione medesima - N. 3 report di ricognizione (al 15.09, al 31.10 e al 31.12) sullo stato di avanzamento fatturazione attiva ed impulso attuato verso le strutture deputate a fornire gli elementi necessari alla fatturazione medesima	
	Rispetto dei vincoli economici deliberati con il Bilancio Preventivo Economico, in adempimento dei Piani di Efficientamento e Riqualificazione	Monitoraggio trimestrale del Budget medicinali, suddiviso tra File F e File R, per UU.OO. - N. 2 report trimestrali al 30.09 e al 31.12 con evidenza, per UU.OO.: - del consumo dei farmaci, suddiviso tra Flusso R e Flusso F, rispetto al budget assegn. - del consumo dei farmaci oncologici / innovativi rispetto al budget assegnato	
		Rispetto del budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA - (Spesa prodotti farmaceutici ed emoderivati - Quota innovativi riconosciuta AIFA) / (Budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati)_obiettivo raggiunto al 100%	
		Rispetto della tempistica dei Flussi Informativi Regionali - 100% del rispetto della tempistica	
		Supporto alla produzione del Dipartimento di competenza - Entro il 30.09 progetto di reingegnerizzazione linee del Dip.to assegnato (peso 40%). Entro il 31.12 report misure attuative (peso 60%)	
	Rispetto delle tempistiche di rilascio dei lavori di ristrutturazione e manutenzione, nonché acquisizione e collaudo attrezzature per impatto su produzione	Verifica periodica dell'andamento del budget assegnato alle strutture attraverso l'attività di monitoraggio - N. 2 report di monitoraggio al 30.09 e al 31.12	
	Report trimestrali su tempistiche.....		
	Potenziamento Terapie Intensive	<p>Realizzazione e messa a regime degli elementi necessari per potenziamento utilizzo PACU da parte delle strutture coinvolte. N. Report su procedura per attivazione entro 30,06</p> <p>Incremento produzione e analisi costi correlati al rilascio posti letto di cui al DL 34/2021. N. 2 Report 30/06 e 31/10</p>	
	Monitoraggio sull'attività ALPI	Definizione e applicazione di corretti rapporti tra volumi e tempi di attesa dell'attività ambulatoriale in libera professione e quelli dell'attività istituzionale	
Applicazione Regolamento ALPI - Monitoraggio delle prestazioni rese in libera Profess e Attività Istituzionale da sottoporre alla DS Aziendale e commissione Paritetica ALPI per il controllo del rispetto dell'equilibrio Tra "vol att Istituzionale / ALPI" - N.2 report volumi Alpi al 15.10 e al 31.12 (dati al 30.11) ed entro il 31.03.2019 report di raffronto con volumi istituzionali			

C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	Verifiche e Controlli atti al miglioramento del risultato economico e dello stato patrimoniale	Controllo dell'attività contrattuale dei vari fornitori	<p>Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento - Invio progetti per gli interventi di cui alle DGR 861/2017, DGR 180/2018 e D.L. 34/2020 - N. 3 report, uno per ogni adempimento ed alle scadenze previste dalla normativa</p> <p>Verifica contratti in scadenza - Mappatura e azioni svolte o da svolgere - N. 2 Report al 30.09 e al 31.12 alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Contr. di Gestione</p> <p>Verifica del rispetto dei tempi attuativi con evidenza dei SAL relativamente ai contratti nuovo ADT e Cartella Clinica Informatizzata - N. 2 Report al 30.09 e al 31.12 alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Contr. di Gestione</p>
		Rispetto delle scadenze dei tempi di liquidazione così come previsto dalla normativa / circolari regionali e aziendali di riferimento	<p>Adempimenti R.U.L. - azioni di verifica e coord. per la riduzione del credito scaduto (Nota Regione Lazio U/0431092_2016) - N. 1 report al mese e n. 1 report al 31.12 sulla situazione credito scaduto aggiornata a seguito di azioni da trasmettere alle strutture interessate e alla Direzione Aziendale</p> <p>Azzeramento dei documenti ricevuti ancora aperti e scaduti - N. scadenze liquidate (o bloccate) / N. scadenze ricevute = 100% la rilevazione del risultato verrà effettuata mensilmente</p> <p>Riduzione stock debito fatture bloccate rispetto valore debito fatture bloccate anno precedente. Verifiche trimestrale. Riduzione valore %</p> <p>Rispetto dei tempi di registrazione e sblocco/certificazione di cui alla nota della Direz. Gen. doc. n. 50683 del 8.08.2016 - N. fatture registrate entro 8 gg. (accordo pag.) 15 gg. (no accordo pag.) / tot. fatture ricevute per competenza = 1</p>
		Indicatore di tempestività dei pagamenti ex DPCM 22.09.2014 minore o uguale a zero	Garantire il risultato dell'indicatore di tempestività dei pagamenti minore o uguale a zero - N. 3 report trimestrali al 30.06, 30.09 e 31.12
		Gestione operativa dei finanziamenti assegnati all'Azienda, nel rispetto delle scadenze previste	Reportistica sugli andamenti dei finanziamenti in conto capitale e in conto esercizio nel rispetto delle scadenze previste - N. 3 report al 30.06, 30.09 e al 31.12 sull'andamento dei finanziamenti in c/capitale e in c/esercizio, nel rispetto delle scadenze previste
		Recupero dei crediti vantati dall'Azienda o iniziative poste in essere nell'anno	Report sul numero di intimazioni, messe in mora e recuperi giudiziali ottenuti per l'intero anno - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 sul numero di intimazioni, messe in mora e recuperi giudiziali ottenuti nell'intero anno con relativa quantificazione del credito recuperato

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
D - AREA DELLA INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELLO EMPOWERMENT	Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna	Miglioramento processi formativi aziendali	Formazione del personale aziendale in materia di di privacy - N. 1 corso di formazione espletato entro il 31.12 in materia di privacy
		Potenziamento dell'attività di formazione e delle azioni di verifica e controllo in tema di qualità ed efficacia dei servizi offerti	Garantire la formazione continua agli operatori sanitari attraverso la conversione in metodologie FAD cartacea/sincrona e Res videoconferenza di corsi considerati prioritari rispetto ai bisogni formativi espressi e/o cogenti - N. 3 corsi da svolgere entro il 31.12
			Individuazione di bisogni formativi 2022 anche in relazione all'emergenza COVID_19 - N. 1 report entro il 31.12
			Sviluppo di Procedura Generale (PG) di gestione delle segnalazioni alla UOSD URP C.I. R.A. e diritto alla tutela dei cittadini secondo matrice di qualità - Gruppo di Lavoro costituito, matrice di qualità della PG completata, validata e deliberata entro 31.12 = 100%
		Miglioramento della qualità percepita dall'utente	Revisione del piano di segnaletica esterna ai padiglioni e produzione piano di aggiornamento della stessa. (N. 2 padiglioni) - N. 1 progetto ed attuazione entro il 31.12 (almeno n. 2 padiglioni)
			Azioni di verifica sulla qualità percepita dall'utente - segnalazioni positive (elogi) e negative (reclami, lamenti, richieste di risarcimento danni, suggerimenti etc.) - N. 2 report con evidenza delle segnalazioni positive/negative degli utenti, suddivise anche per struttura
	Espletamento audit tra operatori sanitari e famiglie/pazienti - Almeno n. 25 audit entro il 31.12		
	Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment	Inserimento contratti nel modulo Areas Master	Inserimento dei contratti di competenza nello specifico modulo presente in AREAS in ordine alle competenze del DEC successive a quelle del RUP - N. 2 report trimestrali di attività, da trasmettere alla Direzione Aziendale, con evidenza dei contratti inseriti nel modulo AREAS alle date del 30.09 e 31.12
		Miglioramento della performance organizzativa e professionale	Potenziamento attività visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali per definizione sinistri malpractice - N. visite medico legali ambulatoriali collegiali e/o individuali convocate entro il 31.12 ≥ 40
		Reti assistenziali	Revisione n. 3 PDTA (delibera e pubblicazione u sito aziendale) - n. 3 delibere una per ogni PDTA
			Monitoraggio indicatori relativi al funzionamento delle reti tempo-dipendenti: Ictus - Ima - Trauma grave - N. 2 report al 30.09 e al 31.12 attestanti il monitoraggio degli indicatori definiti (elaborazione entro 30 gg - 31.01)
			Monitoraggio attività rete ictus - N. 2 report al 30.09 e al 31.12
	Valutazione della performance Potenziamento dei processi di verifica e controllo	Monitoraggio e verifiche Specifiche di Fisica Sanitaria	Monitoraggio e verifica dell'integrità dei DPI , verifica attenuazione dei DPI di nuova acquisizione - M. verifiche di integrità ≥ 100, N. verifiche attenuazione ≥ 8
		Attivazione del modello per Intensità di cure	Riduzione della Degenza Media rilevata sui modelli per intensità di cure - Degenza Media anno in corso / degenza media anno precedente < 1



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	Adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Adempimenti di legge che il RPCT dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge - N. 1 documento di verifica della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche contenute nel PTPCT entro il 30/06
			Adempimenti di legge che il RPCT dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge - N. 2 attestazioni formali al RPCT entro il 30/06 ed entro il 30/11 sull'attuazione ed il rispetto delle misure di prevenzione generali e specifiche previste nel PTPCT e delle misure dagli stessi responsabili proposte nella mappatura/analisi dei rischi.
			Adempimenti di legge che il RPCT dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge - N. 1 relazione formale entro il 30/11 al RPCT sull'attività svolta per eseguire, consentire e collaborare alle attività di monitoraggio di I livello a carico delle strutture e quelle di II livello effettuato dall'RPCT per la verifica dell'attuazione e del rispetto delle misure preventive e specifiche previste nel PTPCT
			Adempimenti di legge che il RPCT dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge - N. 2 relazioni formali al 30/06 ed al 30/11 al RPCT attestanti la produzione e diretta pubblicazione dei dati di competenza della struttura, sul sito web aziendale, nella sezione Amministrazione trasparente attraverso l'utilizzo del Programma "PA33 nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza
			Adempimenti di legge che il RPCT dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge - N. 1 relazione formale entro il 30/11 al RPCT sulla segnalazione di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture.
			Adempimenti di legge che il RPCT/ Responsabile UOSD Controlli Interni e Processi di Audit dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge - Consentire e collaborare alle attività di monitoraggio e verifica dell'attuazione e del rispetto delle misure preventive previste da parte del RPCT e da parte della struttura di vigilanza ed audit interno all'Azienda sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio nell'ambito della struttura diretta, secondo il programma previsto nel Piano degli AUDIT INTERNI 2021-2023 - Deliberazione n.1942 del 24/12/2020
			Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge - N.1 elenco con indicazione delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti, di seguito elencati, inseriti nelle singole schede di budget
			Adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza ed Integrità dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini 2021-2023, ai sensi della Legge n. 190 del 6/11/2012 e del D.Lgs n. 33 del 14/03/2013 - N. 1 Piano entro i termini di scadenza
			Trasmissione alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione degli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, per la definizione degli obiettivi di performance organizzativa dell'anno successivo - N. 1 elenco degli adempimenti entro il 25.01 dell'anno successivo
			Potenziamento dei processi di trasparenza, verifica e controllo

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AZIONI - INDICATORI
F - AREA DELLA COMUNICAZIONE AI CITTADINI	Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Aggiornamento Sito Web aziendale - n. 1 report al 31.12 sugli aggiornamenti effettuati nel corso dell'anno
			Aggiornamento della Carta dei Servizi dell'Azienda - n. 1 aggiornamento entro il 31.12 e relativa pubblicazione sul Sito Web aziendale

L'Azienda San Camillo Forlanini, con riferimento alla qualità assistenziale ed agli esiti di cura, persegue da sempre gli obiettivi richiesti dal Ministero della Salute ed in particolare quelli relativi al P.Re.Val.E, inseriti nell'Albero della Performance, e assegnati alle unità operative competenti.

Di seguito la tabella degli indicatori P.Pe.Val.E

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

3 ANALISI DEL CONTESTO

Nella predisposizione del presente Piano della Performance occorre delineare il contesto in cui opera l'Azienda, sia quello esterno con riferimento al quadro normativo e ai rapporti con le istituzioni nazionali e regionali, sia con riferimento a quello interno rappresentato dall'organizzazione aziendale e dalla gestione delle risorse disponibili.

3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

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

Le direttrici principali per completare il sistema di *governance*, prevedono, sulla base delle indicazioni regionali, la definizione di regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione e consolidamento dell'organizzazione aziendale. In particolare la Regione richiede di avviare i processi di miglioramento partendo dalla riorganizzazione dei servizi e dalla consapevolezza di un eccesso della spesa ospedaliera al fine di migliorarne l'efficienza, l'appropriatezza e recuperare risorse significative e indispensabili per ridurre ulteriormente il disavanzo e sostenere i processi di potenziamento dell'assistenza territoriale.

Il contesto normativo alla base del Piano della Performance è rappresentato dai seguenti riferimenti normativi:

- Legge 27 dicembre 2019, n. 160 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022";
- Legge 30 dicembre 2020, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023";
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024";
- Decreto del Ministero della Salute 21 giugno 2016, concernente i "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici";
- Decreto del Commissario ad Acta 8 settembre 2016, n. U00273 concernente le "Individuazioni delle Aziende del S.S.R. da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015";
- Decreto del Commissario ad Acta 16 giugno 2017, n. U00223 concernente "Applicazione del comma 525 dell'art. 1 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 – Approvazione dei Piani di Rientro triennali";
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 14.09.2017, avente ad oggetto: "Integrazione e modifica del D.C.A. n. 52 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a

salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale»»;

- Determinazione Regione Lazio n. G17352 21/12/2018 “Direttive in attuazione della DGR 281 del 12 giugno 2018 di recepimento del DM 7 dicembre 2016, n.261. Modifiche al contenuto, alle modalità di trasmissione e ai formati di registrazione dei dati dei flussi informativi ospedalieri - Revisione del tracciato record della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) in uso nel Lazio”
- Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- Decreto del Commissario ad Acta 14 novembre 2019, n. U00469: Adozione in via definitiva del piano di rientro "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009 secondo periodo", con il quale la Regione Lazio ha inserito l’A.O. San Camillo-Forlanini tra le aziende sanitarie che devono continuare a perseguire, attraverso il piano di rientro, il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 81 del 25 giugno 2020 con il quale la Regione Lazio ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021”, in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti;
- Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio 29 dicembre 2020, n. G16441: "Approvazione del Piano Regionale Vaccinazione anti SARS – CoV2: prima fase - Annullamento e sostituzione del Piano regionale approvato con Determinazione Regionale n. G16243 del 24 dicembre 2020”;
- Legge Regione Lazio 30 dicembre 2020, n. 26: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2021-2023”.
- Legge Regione Lazio 30 dicembre 2021, n. 21: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024”
- Decreto Legislativo n. 27 ottobre 2009, n. 150 concernente l’”Attuazione della Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- le delibere CIVIT (ora ANAC) n.105/2010 e n.112/2010 nonché le Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance n. 2/2017 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;

3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

3.2.1 L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, con deliberazione n. 1440 del 15.11.2018 (come successivamente modificata con deliberazione n. 801 del 5.06.2019), ha approvato il nuovo Atto di Autonomia aziendale di diritto privato (con relativi organigramma e funzionigramma allegati) ratificato con DCA n. 250 del 3.07.2019 (BURL n. 58 del 18.07.2019) (delibera di presa d'atto n. n. 1134 del 08.08.2019).

Successivamente, con deliberazione n. 1547 del 14.11.2019, l'Azienda ha approvato la modifica parziale dell'Atto sopra indicato, sostituendo integralmente l'organigramma con la nuova versione allegata alla deliberazione medesima. La modifica di cui trattasi è stata approvata dalla Regione Lazio con DCA n. U00523 del 30.12.2019 (BURL n. 2 del 7.01.2020).

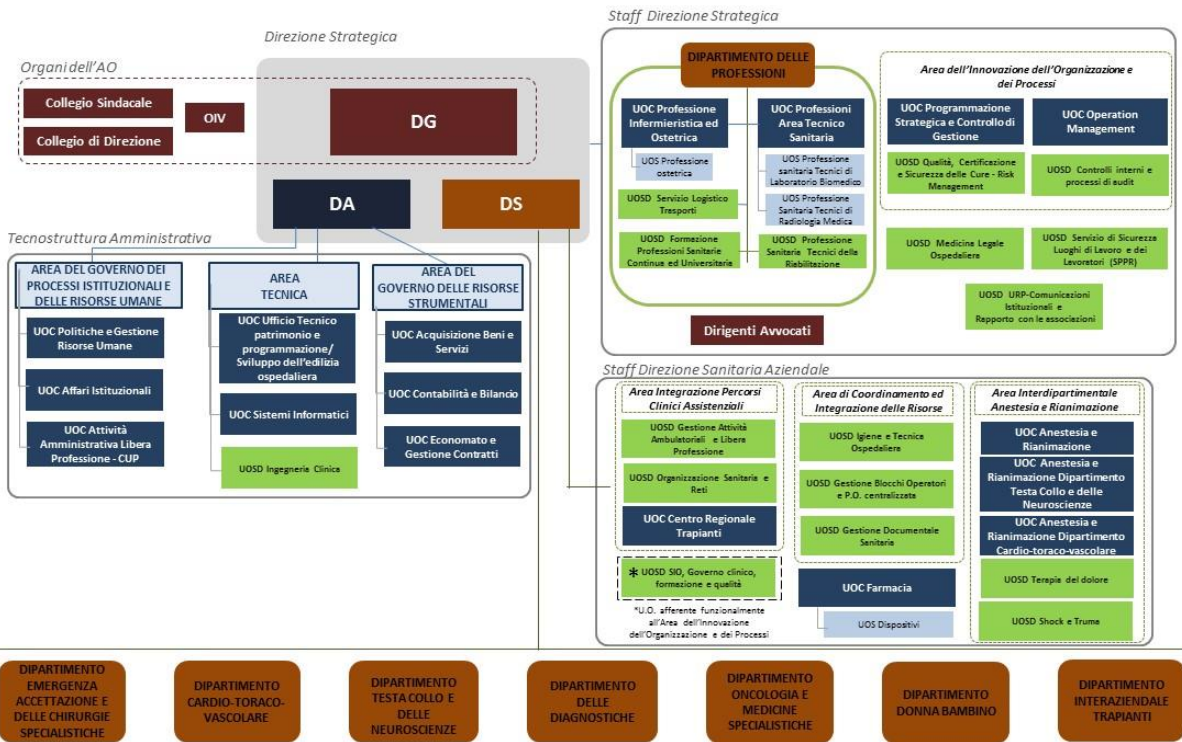
Di seguito si rappresenta sinteticamente *Il modello organizzativo dell'Azienda*

- A. Staff della Direzione Strategica
- B. Direzione Sanitaria Aziendale
- C. Tecnostruttura Amministrativa, organizzata in Aree Amministrative
- D. Dipartimenti Sanitari

Il modello ordinario di gestione operativa delle attività sanitarie è assicurato attraverso il Dipartimento.

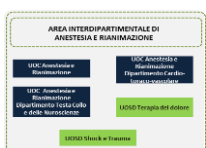
Il Dipartimento ha natura gestionale ed è identificato come Centro di Responsabilità. "Aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse"

Di seguito si rappresenta l'organigramma aziendale ad oggi vigente.



DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE E DELLE CHIRURGIE SPECIALISTICHE	DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE	DIPARTIMENTO TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE	DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE	DIPARTIMENTO ONCOLOGIA E MEDICINE SPECIALISTICHE	DIPARTIMENTO DONNA BAMBINO	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TRAPIANTI
<p>Area delle Chirurgie specialistiche</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Urologia UOC Chirurgia plastica e ricostruttiva UOC Chirurgia generale, d'urgenza e delle nuove tecnologie UOS Coloproctologia UOC Ortopedia UOS Traumatologia UOSD Riabilitazione intensiva UOSD Chirurgia oncologica delle mammelle UOSD Urologia Andrologia <p>Area dell'Emergenza</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Chirurgia arti centro regionale UOC Medicina d'urgenza P.S-Osservazione breve UOS Pronto soccorso e Obi UOC Medicina Interna UOS Alta Complessità assistenziale UOS Bassa Complessità assistenziale *UOSD Shock e Trauma UOSD Diagnostica per immagini-urgenza emergenza <p>*UOC Anestesia e Rianimazione</p> <p>*U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> UOC Chirurgia Toracica *UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Cardio-toraco-vascolare UOC Chirurgia vascolare UOS Chirurgia Flebologica UOC Cardiochirurgia e Trapianto di cuore UOS Diagnostica e Follow up dello scompenso cardiaco chirurgico UOC Cardiologia UOS UTIC PS UOS Scompenso UOS Cardiologia interventistica UOS Cardiomiologia UOSD Angiologia UOSD Diagnostica Cuore UOSD Servizi Cardiologici Integrati <p>*U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> UOC Neurochirurgia UOC Neurologia e Neurofisiopatologia UOC Otorinolaringoiatria *UOC Anestesia e Rianimazione Dipartimento Testa Collo e delle Neuroscienze UOS Neuroanestesia UOC Maxillo-facciale UOSD Malattie degenerative del sistema nervoso UOSD Stroke Unit UOSD Oculistica <p>*U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione</p>	<p>Area Diagnostica di laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Laboratorio genetica medica UOS Genetica clinica UOC Medicina trasfusionale e Cellule staminali UOS Strategie trasfusionali e terapie rigenerative UOS Produzione interaziendale emocomponenti UOS Preparazione del paziente con rischio emorragico-funzionale-SPTM UOC Microbiologia e Virologia UOC Patologia Clinica UOS Centro prelievi <p>Area Diagnostica per immagini</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Fisica sanitaria UOC Diagnostica per immagini - elezione UOS Diagnostica per immagini in Oncologia e coordinamento dei percorsi intensivi UOS Diagnostica per immagini - Coordinamento delle attività ambulatoriali UOC Medicina nucleare UOC Neuroradiologia UOC Radiologia interventistica UOSD Diagnostica per immagini in senologia UOSD Telemedicina Ris Pacc e Conservazione legale sostitutiva 	<p>Area Medicina specialistica</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Broncopolmonologia UOC Reumatologia UOC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva diagnostica ed operativa UOS MIDC UOSD Day hospital pneumologico e interdisciplinare polmonari UOSD Dietologia e Nutrizione UOSD Terapia subintensiva respiratoria (S.T.I.R.S.) UOSD Dermatologia UOSD Endocrinologia UOSD Diabetologia <p>Area Oncologica</p> <ul style="list-style-type: none"> UOC Ematologia e trapianto cellule staminali UOS Day hospital ed attività ambulatoriale UOC Radioterapia UOC Oncologia UOS Oncologia sperimentale UOS Oncologia Urogineale UOC Anatomie ed Istologia patologica UOS Patologia fetoplacenteraria UOSD Pneumologia ad indirizzo oncologico UOSD Oncologia della mammella *UOSD Terapia del dolore <p>*U.O. afferente funzionalmente all'Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> UOC Ostetricia e Ginecologia UOS Patologia Ostetrica UOS Diagnostica e cura dell'infertilità di coppia UOC Chirurgia pediatrica UOC Pediatria UOS Pronto Soccorso pediatrico UOC Neonatologia e T.I.N. Patologia neonatale UOS Nido e osservazione-Rooming in UOSD Interruzioni volontarie di gravidanza - L.54 	<ul style="list-style-type: none"> UOC Chirurgia generale e dei trapianti d'organo UOS Trapianti rene UOC Malattie del fegato UOC Nefrologia, dialisi trapianto rene UOS Follow up trapianto rene
5 UOC 3 UOSD 2 UOS	5 UOC 3 UOSD 6 UOS	5 UOC 3 UOSD 1 UOS	4 UOC 6 UOSD 5 UOS	3 UOC 6 UOSD 1 UOS	4 UOC 3 UOSD 4 UOS	3 UOC 0 UOSD 2 UOS

Totali UU.OO nei DAI ▶ 95
41 UOC
23 UOSD
31 UOS



3.2.2. INIZIATIVE IN TEMA DI BENESSERE ORGANIZZATIVO E PARI OPPORTUNITA'

Con delibera n. 1214 del 24/12/2012 è stato istituito il CUG, Comitato Unico di Garanzia, dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ai sensi dell'art. 57 del D. Lgs. 165/2001, novellato dall'art. 21 della L. 183/2010 (Linee guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"). Con determinazione n.0244 del 23/07/2014 è stato nominato il nuovo Presidente e in data 27/11/2014, con la prima convocazione dei componenti si è dato l'avvio ai lavori con l'approvazione, in data 16/02/2015, del regolamento. Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le Pari Opportunità ed i Comitati Paritetici per il contrasto del fenomeno del *mobbing*, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge. Il CUG esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale, sia in regime di diritto pubblico che contrattualizzato e svolge compiti propositivi, consultivi, e di verifica sui temi di sua competenza.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha attivato una casella di posta elettronica per eventuali segnalazioni nel rispetto degli ambiti di competenza ed in particolare relative ad ipotesi di:

- Discriminazioni nell'ambiente di lavoro;
- Stress lavoro correlato a disagio organizzativo;
- Molestie morali, psicologiche, sessuali e presunto mobbing
- Conciliazione vita / lavoro.

Il CUG, come organismo neutro, recepisce le segnalazioni e le veicola, proponendo interventi correttivi, alla Direzione Strategica.

Nell'anno 2019, inoltre, l'Azienda ha recepito con deliberazione n. 207 del 12.12.2019, poi revisionata con deliberazione 929 del 28.06.2019, la Determinazione del Direttore dell'Area Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio n. G13505 del 25/10/2018 avente ad oggetto: Approvazione "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e revisione del gruppo di lavoro interdisciplinare aziendale.

E' altresì attivo lo sportello h24 contro la violenza di genere all'interno del Pronto Soccorso Generale dell'Ospedale San Camillo.

Dalla relazione del CUG anno 2021 si riscontra che la maggioranza della popolazione lavorativa dell'Azienda è compresa in età tra i 51 e i 60 anni.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini la popolazione lavorativa è composta per il 64% da donne e per il 36% da uomini. Per la formazione ed il conseguimento dei titoli accademici il personale femminile risulta in percentuale maggiormente formato.

Gli incarichi assegnati al personale del comparto risultano maggiormente ricoperti dal personale femminile con rapporto di circa 2:1 rispetto agli uomini questo anche in conseguenza della maggiore numerosità delle donne nel personale infermieristico.

Nei ruoli della dirigenza medica, invece, i dati fanno rilevare una controtendenza rispetto a quella del comparto. I direttori di struttura, sia semplice che complessa, sono in prevalenza uomini, nonostante nella dirigenza medica ci sia una lieve prevalenza di donne rispetto agli uomini. Di conseguenza, in ottica di parità di genere, si riscontra uno sbilanciamento a favore del personale maschile rispetto a quello femminile nel settore della direzione medica di struttura, nonostante un rapporto tra i sessi quasi paritario in ordine numerico.

Il nuovo CUG dell'Azienda intende realizzare un servizio a disposizione di tutti i dipendenti, uno strumento visibile e concreto. A tal fine, a pochi mesi dalla sua costituzione, si è delineata un'organizzazione interna con una segreteria sempre operativa e la predisposizione di un nuovo Regolamento per rendere snello ed efficiente il suo funzionamento, al fine di promuovere la parità di genere, la non discriminazione, l'agilità lavorativa. Uno degli obiettivi primari del nuovo CUG è anche quello di aumentare la sua visibilità con i dipendenti aziendali, continuando a dialogare, anche attraverso il sito web, e diffondendo le notizie circa l'operato del CUG, sia in ambito aziendale sia nel più ampio contesto della Rete Nazionale CUG.

4 LA SCELTA DELLE AZIONI

4.1 EMERGENZA COVID-19

In ragione dell'emergenza sanitaria COVID-19, a livello nazionale e regionale si sono succeduti numerosi interventi normativi diretti alla salvaguardia della salute pubblica.

Il Servizio Sanitario Nazionale attraverso tutte le sue articolazioni è stato chiamato ad assolvere i compiti primari connessi all'erogazione delle cure della popolazione e a realizzare misure, anche di natura comportamentale, volte a prevenire e ridurre le possibilità di contagio pure con riferimento agli stessi operatori sanitari, la cui carenza potrebbe pregiudicare l'efficacia del sistema.

Conformemente alle indicazioni nazionali e regionali in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, questa Azienda ha provveduto a porre in essere misure organizzative atte a garantire la salute e sicurezza della popolazione, attivazione di ulteriori posti letto nelle terapie Intensive, adeguamento strutturale, acquisizione di nuove tecnologie mirate alla salvaguardia della sicurezza dei lavoratori.

L'organizzazione ospedaliera ha dovuto, pertanto, subire un veloce adattamento organizzativo alla mutata situazione epidemiologica sia in ambito sanitario che in quello amministrativo, richiedendo l'impiego di risorse economiche aggiuntive rispetto a quelle programmate. In tale contesto la Regione Lazio, con la trasmissione in data 05/03/2020, delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei rendiconti della maggiore spesa per risposta all'emergenza e per la definizione del fabbisogno stimato di beni e servizi", ha fissato modalità di rendicontazione, settimanale e mensile, delle risorse impiegate in tale emergenza alle quali l'Azienda da subito si è adeguata.

In risposta a quanto stabilito dalla Regione Lazio, l'Azienda, per rendere più agevole tutto il processo di ricognizione e rendicontazione dei costi/ricavi ha attivato centri di costo dedicati a tale emergenza, che fossero in linea anche con la nuova organizzazione aziendale, ed un codice COVID-19 che, ai fini della tracciabilità dell'intero processo di acquisizione della spesa rendicontata, identifichi l'intero flusso documentale di riferimento (autorizzazione, determinazione, ordine di acquisto, ect.).

La scelta delle azioni per il triennio 2022-2024 prevede, conclusosi lo stato di emergenza al 31 marzo 2022, una visione che riconduca l'offerta dell'Azienda verso gli standard ante pandemia, tenuto conto dell'esperienza acquisita nelle attività messe a regime nell'emergenza pandemica e con la consapevolezza della potenziale possibilità che alcune gestioni potrebbero essere riattivate.

4.2 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA

4.2.1 Azioni con impatto sul valore della produzione

L'Azienda, pur consapevole della situazione di gestione straordinaria per la pandemia Covid e lo stato di emergenza, intende proseguire il percorso di riprogrammazione e potenziamento dell'offerta ospedaliera, in merito sia alla riorganizzazione e all'efficientamento di alcuni ambiti clinico assistenziali propri, sia alle funzioni delle singole strutture ospedaliere all'interno della rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti.

Tali obiettivi strategici potranno essere realizzati attraverso azioni collegate al miglioramento dei processi e procedure in ambito sanitario ed amministrativo che consentano di implementare e mettere a regime percorsi già attivati negli anni precedenti quali soluzioni di continuità e sviluppo.

Le principali aree strategiche che la Direzione, anche con riferimento alle specifiche richieste di Regione Lazio, ha programmato di potenziare sono di seguito sintetizzate:

Area strategica dell'efficienza organizzativa

- **Manovre di miglioramento organizzativo**

La Direzione Strategica nell'anno 2022 ha interesse a porre in essere azioni di miglioramento organizzativo a supporto dell'efficientamento dell'apparato nel suo complesso per consentire l'ottimizzazione dei processi aziendali, in particolare:

- Mappatura dei processi di riorganizzazione e sviluppo in atto con evidenza degli stati di avanzamento degli stessi rispetto ai punti di forza e di debolezza rilevati che forniranno il punto di partenza per l'implementazione e/o la revisione e degli stessi.
- Potenziamento degli sviluppi organizzativi già attivati e in fase di definizione al fine di consentirne gli impatti positivi sulla gestione e sull'assistenza, con particolare riferimento a tutti i processi collegati alla gestione dei programmi relativi ai nuovi sistemi per la gestione informatizzata dei processi di accettazione, dimissione e trasferimento (ADT), cartella clinica informatizzata e sistemi integrati di richiesta/accettazione per servizi di consulenze interne, diagnostiche, sistema trasporti interno ed altri collegati.
- Analisi fabbisogno hardware e software nell'ambito dei criteri di sicurezza informatica.
- Rivalutazione dell'offerta di produzione anche sulla base dei tempi di rilascio dei lavori di ristrutturazione e manutenzione nonché di acquisizione e collaudi di attrezzature e impianti sanitari che determineranno un impatto sulle diverse aree di attività.
- Aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance rispetto agli accordi contrattuali.
- Redazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), in allineamento alla normativa vigente, al fine di individuare 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 e definendo le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale nonché gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.

- In correlazione all'efficientamento dei sistemi di lavoro agile, programmare per il 2022 il miglioramento degli strumenti di lavoro per gli operatori aziendali, tra i quali di rilevanza risulta essere la gestione informatizzata delle deliberazioni aziendali.
- Adottare il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO) ai sensi del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113, nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso.

Secondo la normativa il Piano definisce:

- ✓ gli obiettivi programmatici e strategici della performance stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- ✓ la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali,
- ✓ compatibilmente con le risorse finanziarie, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- ✓ gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- ✓ l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, nonché la pianificazione delle attività;
- ✓ le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- ✓ le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
- ✓ le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

Tale Area strategica, a fronte degli importanti risultati in termini di riorganizzazione aziendale che potranno essere raggiunti nel corso dell'anno, dovrà essere gestita con costi che trovano copertura in parte con finanziamenti in c/capitale ma per la maggior parte sostenuti con finanziamenti in c/esercizio e ciò comporterà inevitabilmente un impatto sui costi di gestione dell'esercizio di riferimento non direttamente correlato ad un proporzionale aumento, almeno in tempi brevi, dei ricavi aziendali.

Area della produzione e della gestione economico – finanziaria

- **Potenziamento delle linee di chirurgia**

L'Azienda intende potenziare l'attività chirurgica nel triennio 2022-2024 attraverso il miglior utilizzo della programmazione e della gestione delle camere operatorie in considerazione anche della riduzione determinatasi nel corso del periodo pandemico per diversa ed emergente gestione. Tale linea darà determinerà un incremento della produzione, visti anche gli interventi strutturali e di organico da efficientare ed in considerazione dell'attivazione delle nuove n. 5 sale di chirurgia del padiglione Lancisi, porterà il numero totale delle sale operatorie disponibili in Azienda a 20. Si dovrà orientare l'azione al miglioramento dell'efficienza attraverso la definizione ed attuazione di percorsi di ottimizzazione della logistica nella gestione del paziente e delle CC.OO., con relativo aumento degli interventi effettuati e della loro complessità.

Particolare menzione merita la valutazione degli impatti del ruolo di centralizzazione (Hub) affidato all'Azienda per trattamento in urgenza del paziente con ictus, del paziente politraumatizzato o con trauma grave.

- **Potenziamento della PACU (Post Anesthesia Care Unit)**

Uno dei punti strategici per la riorganizzazione ed ottimizzazione della produttività operatoria è senz'altro la massimalizzazione del funzionamento della PACU. Questa, esistente e parzialmente funzionante, potrebbe subire un'implementazione d'uso attraverso alcuni aggiornamenti strutturali, tecnici ed organizzativi. La PACU posta frontalmente ai blocchi operatori può essere ripartita in due macroaree, una di smistamento (accoglienza in entrata dalle sale operatorie e trasferimento in reparto) e una di terapia (intensiva e sub intensiva). Per realizzare quanto sopra esposto occorrono risorse necessarie sia in termini di beni (dispositivi e strumentario) che in termini di dotazione organica.

- **Potenziamento delle terapie intensive e sub intensive**

Nel corso dell'anno 2022, nell'ambito dei finanziamenti relativi al D.L. n. 34/2021, saranno realizzate nuove degenze di seguito elencate:

- terapia intensiva 18 p.l. t
- terapie sub-intensive 40 p.l.

A fronte della necessità di aggiornamento organizzativo e di garanzia dell'assistenza H24, per le prestazioni direttamente erogabili dalle strutture interessate la realizzazione delle nuove aree sopra descritte consentirà una più efficiente programmazione delle liste operatorie e un efficientamento dei percorsi del paziente chirurgico. Inoltre, qualora fosse necessario, l'Azienda potrà offrire una maggiore disponibilità di posti letto in terapia intensiva da dedicare all'assistenza dei pazienti Covid.

- **Potenziamento dell'attività di trapianto**

Grande importanza nell'ambito della strategia anno 2022 assume l'attività di trapianto svolta all'interno dell'Azienda e che rende la stessa una realtà di eccellenza in tale ambito, anche nel confronto con altri poli ospedalieri regionali, in quanto i trapianti di fegato, pancreas, rene e cuore sono stati effettuati in elevato numero presso l'Azienda.

E' intenzione pertanto proseguire sulla strada tracciata favorendo le Unità Operative virtuose in termini di risorse e spazi da dedicare.

- ***Incremento utilizzo della robotica chirurgica***

E' previsto l'incremento dell'utilizzo della robotica chirurgica. Presso l'Azienda, a seguito dell'adesione al "Progetto di sviluppo della chirurgia robotica", attraverso il Sistema Robotico da Vinci vengono eseguiti interventi di Chirurgia Generale, Chirurgia Urologica, Chirurgia Toracica e Cardiocirurgia. Tale metodica permette per alcune patologie di dimezzare la degenza ospedaliera con conseguente diminuzione dei rischi associati ai ricoveri ospedalieri più lunghi e relativo miglioramento della gestione del rischio complessivo da parte dell'Ospedale. Tuttavia, a fronte degli importanti effetti in termini di cura del paziente, l'Azienda inevitabilmente registra un forte impatto sui costi aziendali.

- ***Incremento delle prestazioni di diagnostica***

L'Azienda negli anni precedenti, con grande impegno di risorse, ha provveduto a potenziare il parco tecnologico come di seguito descritto:

- Nuovo macchinario di alta tecnologia presso la UOC Radioterapia
- Tac ad alta specialità
- Pet in corso di gestione
- Radiologia interventistica di nuova generazione
- Nuova Medicina Nucleare

Nel corso dell'anno 2022, grazie all'utilizzo di tale strumentazione e la riorganizzazione degli spazi della logistica e l'ottimizzazione dei percorsi interni, l'Azienda mira ad incrementare l'erogazione delle prestazioni per le diverse tipologie di utenza (interni, esterni, PS, etc.) con effetto sui tempi di attesa in termini di riduzione, sulla degenza media del ricoverato e in generale sul valore della produzione.

A fronte dei benefici sopra esposti sarà inevitabile prevedere un incremento del fabbisogno delle risorse dedicate sia in ordine di beni sanitari che di personale.

Per l'area di diagnostica di laboratorio con l'efficientamento dei sistemi macchina reattivi e delle tecnologie nonché con il potenziamento del numero delle risorse umane si intende incrementare l'attività, già comunque di rilevanza su tutte le linee e fortemente impegnata nel periodo di emergenza pandemica, nel prossimo triennio. Occorre ottimizzare il recupero delle prestazioni anche attraverso la verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni e con il continuo miglioramento della centralizzazione e gestione delle diverse linee.

Incremento prestazioni di area oncologica e medica specialistica

Con il miglioramento dei processi correlati alla gestione dei pazienti e, come sopra evidenziato, anche in considerazione dell'efficiamento legato all'utilizzo della cartella clinica informatizzata e alle nuove modalità di richiesta/accettazione delle prestazioni per interni e dei servizi di logistica correlati, si ritiene di poter ottenere una riduzione della degenza media del paziente per poter consentire un correlato miglioramento del turn over dello stesso con impatto positivo anche sul valore della produzione. Si intende altresì di poter migliorare il regime di appropriatezza per l'assistenza verificando i vari livelli di produzione di degenza ordinaria, DH e prestazioni ambulatoriali, valutando l'eventuale redistribuzione per il miglioramento dell'offerta. In particolare, altresì, per l'area oncologica, si attenziona il costo dei farmaci in File F rilevato in continuo incremento dalle diverse Unità Operative a causa dell'aumento del numero dei pazienti presi in carico, che presentano differenti patologie da trattare con farmaci sempre più innovativi.

- **Potenziamento dell'attività Area materno-infantile**

In tale Area per l'anno 2022 sono previsti importanti lavori di ristrutturazione che potranno consentire il miglioramento della gestione dei percorsi per la cura della donna e del bambino. Si prevede altresì in tali nuovi spazi di favorire lo sviluppo di linee di attività di rilevanza quali: la procreazione assistita (già parzialmente finanziata) e l'utilizzo dell'ipotermia per i neonati che nascono in sofferenza fetale.

Inoltre, in continuità rispetto anche alle strategie messe in atto negli anni precedenti, si intende, in ottica di miglioramento continuo, ottimizzare gli standard degli indicatori prevale su "Proporzione di parti con Taglio Cesareo Primario", già raggiunto ad un buon livello.

Area strategica della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment

- ***Rispetto dei PDTA adottati***

Al fine di valutare la congruità dell'attività svolte riaspetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili ha adottato in questi anni l'approccio per processi insito nella strutturazione di Percorso Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Oltre a quelli già approvati con esiti positivi sia in termini di soddisfazione del paziente, sia in termini di efficientamento delle risorse dedicate, l'Azienda intende procedere in tale direzione intervenendo in termini di revisione dei PDTA adottati, ove necessario, e contestualmente attraverso la attivazione di nuovi percorsi. Risulta determinante attivare il monitoraggio continuo, anche attraverso audit, degli indicatori di misurazione del rispetto dei PDTA medesimi.

- ***Miglioramento gestione paziente oncologico***

Risulta altresì di interesse strategico il miglioramento della gestione del paziente oncologico vista l'esigenza di monitorare e migliorare e potenziare alcuni percorsi interni, modificati a causa dell'emergenza Covid.

- ***Governo delle liste di attesa, reparti di degenza e prestazioni ambulatoriali***

In applicazione, poi, dal PRGLA 2013-2015, approvato dalla Regione Lazio e del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, è stato avviato in Azienda il percorso per la definizione di regole e strumenti per consentire il governo delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza delle risorse disponibili e garantire il tasso di saturazione delle agende programmato. In tale ambito, la prescrizione della ricetta dematerializzata ha rappresentato uno strumento fondamentale per l'organizzazione delle agende per codice di priorità all'interno della disciplina, lasciando al contempo una quota dedicata alle visite di controllo/follow up. Nel 2022, compatibilmente con la ripresa dell'emergenza Covid, si ritiene di dover proseguire nel percorso di gestione e governo delle liste di attesa con l'obiettivo di favorire sempre di più l'accesso del cittadino alle prestazioni e in tal modo ridurre le liste medesime. Sono previsti per l'anno 2022 progetti di produttività

- ***Potenziamento della Telemedicina***

Nell'ambito del servizio di Telemedicina stato creato e coordinato un gruppo di lavoro per la installazione e la attivazione della piattaforma informatica da utilizzare per la Tele Visita.

Sono state prioritariamente configurate le agende di Televisita ognuna per ogni specialità presso il Back-office, conformemente al tabellario regionale.

Da un punto di vista clinico-assistenziale la Televisita ha dimostrato una buona accuratezza diagnostica soprattutto per alcune specialità e un ottimo adattamento alle limitazioni imposte dalla Emergenza Covid, soprattutto per pazienti stabilizzati a media-bassa intensità di cure. Una volta poi superata l'emergenza Covid, la Televisita rimarrà sicuramente un presidio clinico-strumentale fondamentale per Pazienti con limitazioni, affetti da cronicità, in cui il monitoraggio tramite Televisita risulta strategico per limitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso e i conseguenti ricoveri ospedalieri.

A tal fine, oltre alla diffusione delle Procedure di Televisita, risulta indispensabile programmare per il 2022 l'affidamento dei device ai pazienti oggetto di Televisita per il telemonitoraggio dei parametri vitali. In particolare la diffusione al paziente cronico di device specifici per patologia, esempio teleglucometro, teleossimetro, rappresenta una diretta evoluzione della Televisita che potrà essere effettuata su quei pazienti il cui telemonitoraggio da remoto dimostra segni di instabilità della patologia.

In tale modalità innovativa di assistenza dovranno gradualmente essere introdotte altre discipline aziendali la cui tipologia ne consente l'utilizzo.

4.2.2. Azioni con impatti economici legati alla programmazione

In considerazione del fatto che le Linee Guida regionali per la predisposizione del Bilancio preventivo 2022 hanno definito i valori di riferimento entro i quali rilevare gli importi di produzione, si rappresenta che l'Azienda ha valorizzato quest'ultima complessivamente pari ad € 288.139.697, in riduzione rispetto al Bilancio anno 2020 e Preconsuntivo anno 2021.

Tale valore non tiene in considerazione le manovre che questa Direzione Strategica intende attivare rispetto all'offerta di prestazioni e servizi resi oltre che a livello di accesso interno anche verso altri Enti pubblici e privati con i quali ha rapporti convenzionali, che si prevedono in incremento rispetto ai valori inseriti in ottemperanza a quanto richiesto da Regione Lazio.

Sempre in aderenza alle linee guida il valore della produzione non riporta alcun ricavo a ristoro dei costi Covid stimati per 13.566.129.

Nell'ambito della previsione dei costi di produzione risulta di particolare impatto il fatto che gli stessi, ai sensi delle Linee guida regionali per la redazione del Bilancio Preventivo anno 2022, sono da considerarsi al lordo Covid e, pertanto, si può rappresentare come la previsione dei costi Covid, seppur significativa, presenti una forte alea di rischio nell'ambito della stessa previsione poiché collegata alla non prevedibile dimensione dell'emergenza Covid nell'anno 2022.

Il costo della produzione preventivato nell'anno 2022 al lordo Costi Covid è pari ad € 450.588.017 in incremento di circa il 2,26 % rispetto al preconsuntivo di bilancio anno 2021 (€ 440.614.064) inviato in Regione Lazio.

Sono tuttora in corso riunioni con la Regione Lazio per stabilire il concordamento definitivo.

Nella tabella sottostante si riepiloga il Bilancio preventivo anno 2022

		Bilancio Preventivo
CODICE MIN	VOCE	2022
A)	Valore della produzione	
A.1)	Contributi in c/esercizio	51.887.457,75
A.2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.972.229,29
A.3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	62.647,84
A.4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	225.284.890,63
A.5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	3.875.555,64
A.6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.201.853,23
A.7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	11.478.255,71
A.8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00
A.9)	Altri ricavi e proventi	1.321.266,21
	TOTALE A)	288.139.697,72
B)	Costi della produzione	
B.1)	Acquisti di beni	96.308.990,87
B.2)	Acquisti di servizi sanitari	25.315.649,54
B.3)	Acquisti di servizi non sanitari	43.603.668,55
B.4)	Manutenzione e riparazione	16.462.577,85
B.5)	Godimento di beni di terzi	5.410.900,65
B.6)	Costi del personale	231.000.000,00
B.7)	Oneri diversi di gestione	1.689.240,07
B.8)	Ammortamenti	14.503.198,58
B.9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00
B.10)	Variazione delle rimanenze	0,00
B.11)	Accantonamenti	16.293.791,02
	TOTALE B)	450.588.017,13
	Differenza tra valore e costi della produzione	-162.448.319,41
C)	Proventi e oneri finanziari	
C.1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	0,00
C.2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	140.000,00
	TOTALE C)	-140.000,00
D)	Rettifiche di valore di attivita' finanziarie	
D.1)	Rivalutazioni	0,00
D.2)	Svalutazioni	0,00
	TOTALE D)	0,00
E)	Proventi e oneri straordinari	
E.1)	Proventi straordinari	0,00
E.2)	Oneri straordinari	0,00
	TOTALE E)	0,00
	Risultato prima delle imposte	-162.588.319,41
Y)	Imposte sul reddito dell'esercizio	
Y.1)	IRAP	16.338.972,08
Y.2)	IRES	0,00
Y.3)	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00
	Totale Y)	16.338.972,08
	Utile (perdita) dell'esercizio	-178.927.291,49

Programmazione costo del Personale

Con riferimento al costo del personale previsto per l'anno 2022, quantificato in € 231.000.000, si rappresenta che, come da proposta di fabbisogno triennale 2022-2024, fatti salvi i dovuti reintegri rispetto a collocamento in quiescenza degli operatori sanitari di varie qualifiche, si prevede di incrementare le seguenti linee di attività, con conseguente necessità di un numero adeguato di risorse umane destinate:

- Ripresa ed incremento delle attività contratte a causa dell'emergenza Covid, quali attività chirurgica e diagnostica interventistica che sempre maggiormente rispondono alle linee di assistenza anche di altri ospedali, soprattutto nell'ambito della rete di emergenza cittadina (es. paziente con ictus e trattamento in urgenza del paziente politraumatizzato o con trauma grave);

- Incremento del numero delle linee di attività e/o incremento dello spessore tecnico delle stesse in considerazione del fatto che in Azienda sono state acquisite e sono in via di installazione grandi apparecchiature che consentiranno di fornire ai pazienti l'accesso alle prestazioni diagnostico-interventistiche di alta specialità;
- Attivazione di nuove aree di assistenza sanitaria, tra cui: n. 5 sale di chirurgia del padiglione Lancisi, ultimazione dell'attivazione Centro Regionale Trapianti di Cuore, nuova Medicina Nucleare, prossima realizzazione della Sala ibrida multispecialistica ed entro il mese di dicembre attivazione della nuova centrale di sterilizzazione dell'Azienda. Infine, sono in fase avanzata di realizzazione degenze di nuova costruzione nell'ambito dei finanziamenti del DL 34/2021 che impegneranno risorse sia dirette che indirette per l'assistenza trasversale consulenziale (terapia intensiva 18 p.l., terapie sub-intensive 40 p.l.).
- Nell'ambito delle funzioni tecnico-amministrative imprescindibili, riveste grande importanza il potenziamento dei profili tecnici amministrativi/informatici attesa la strategicità che riveste la struttura informatica nell'accompagnare i processi di cambiamento, innovazione ed efficientamento, sia nell'ambito sanitario che amministrativo.

Il valore preventivato considera il costo delle risorse parametrato all'effettiva acquisizione.

Programmazione Acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati

In merito agli acquisti dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, sulla base della valutazione dei potenziali fabbisogni per l'anno 2022, di seguito si riportano i valori proposti dall'Azienda in crescita rispetto al biennio precedente per incrementi di spesa correlati in particolare al costo dei farmaci in File F ed Innovativi per i quali si rileva un continuo trend in incremento negli anni a causa dell'aumentato numero dei pazienti presi in carico, che presentano differenti patologie da trattare con farmaci sempre più innovativi.

La voce B.1.A.1 Prodotti farmaceutici ed emoderivati è stata proposta per l'anno in esame pari a € 39.754.721, con un incremento rispetto al valore anno 2021 di € 875.890,00. Tale voce trova copertura in parte nel Valore della produzione e in parte nel finanziamento per farmaci innovativi, quest'ultimo escluso dalle verifiche di Budget a livello regionale.

Programmazione costo Acquisti Beni e Servizi

Nella tabella sotto riportata è rappresentata la previsione di costo anno 2022 per alcune delle voci di spesa relative all'acquisizione di beni e servizi, al lordo della spesa COVID, a confronto con il preconsuntivo anno 2021:

CODICE MIN	VOCE	PRECONSUNTIVO 2021	PREVENTIVO 2022	DELTA PREV. 2022 - PREC. 2021	DELTA %
BA0210	Dispositivi medici	52.906.015,78	54.202.767,59	1.296.751,81	2,45%
BA1570	Servizi non sanitari	38.783.920,24	42.637.477,85	3.853.557,61	9,94%
BA1740	Altri servizi non sanitari da privato	5.507.502,27	9.099.475,31	3.591.973,04	65,22%
BA1940	manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	6.386.791,00	5.226.865,55	-1.159.925,45	-18,16%

Dispositivi Medici: i maggiori costi previsti per l'anno 2022 derivano dall'incremento di spesa per la fornitura di strumenti per la chirurgia robotica, dall'ulteriore spesa per il rinnovo dello strumentario chirurgico in dotazione alle CC.OO. nonché dalla crescita della spesa per i dispositivi di protezione individuale monouso e per materiale sanitario non sterile. Inoltre sono previsti maggiori costi per l'utilizzo di nuovi sistemi macchina reattivi acquisiti dall'Azienda. Tali tecnologie saranno destinate alla diagnosi di patologie geniche non diagnosticabili con le metodiche precedentemente disponibili e per le quali i campioni venivano inviati prevalentemente al Laboratorio di Genetica Medica del Bambino Gesù e ad altri extra-regionali. Inoltre l'acquisizione sopra descritta porterà a far convergere sul Laboratorio di Genetica Medica Aziendale parte della diagnostica oggi inviata da altre strutture presso il Laboratorio del Bambino Gesù con una spesa stimata per la Regione inferiore a quella odierna. In tale tipologia di costi potrebbe impattare la maggiore attenzione verso la sorveglianza sanitaria interna anche collegata all'eventuale ulteriore gestione dell'emergenza pandemica.

Servizi non sanitari: l'incremento rilevato per tale voce di spesa è dovuto prevalentemente alla necessità di prevenire un maggior costo relativo alle utenze energetiche nonché alla necessità di adeguare gli standard quali-quantitativi alle nuove esigenze post pandemiche al fine di garantire la sicurezza delle prestazioni e di percorsi di cura.

Altri servizi non sanitari da privato: in particolare, i maggiori costi previsti si riferiscono all'adeguamento della tecnologia e sicurezza informatica

5 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

La strategia aziendale, oltre che al piano triennale della performance ed i relativi aggiornamenti annuali, fa riferimento agli atti e agli indirizzi nazionali e regionali. In tale ambito, assumono un'elevata rilevanza strategica i Piani Operativi Regionali e gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con decreti regionali.

La programmazione dell'Azienda, inoltre, fa riferimento al piano strategico, elaborato secondo le indicazioni della Programmazione Regionale: esso rappresenta la specificazione della configurazione organizzativa dei servizi. Pertanto, la declinazione degli obiettivi strategici è la risultante dei seguenti atti di programmazione aziendali

- **il piano triennale della performance**, documento programmatico che – come detto - individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Azienda e che tutte le amministrazioni pubbliche debbono adottare ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009. Il piano individua nella sua interezza la chiara e trasparente definizione delle responsabilità dei diversi attori in merito alla definizione degli obiettivi ed al relativo conseguimento delle prestazioni attese e realizzate;
- **il piano programmatico aziendale**, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo che rappresentano gli strumenti operativi per il raccordo tra le attività previste e le risorse a disposizione;

5.1 AREE STRATEGICHE

Nell'albero della performance aziendale sono state rappresentate, come sopra evidenziato, le cinque Aree strategiche ed i relativi obiettivi strategici:

Gli indirizzi generali che l'Azienda definisce per il triennio 2021 - 2023 sono articolati nelle seguenti Aree Strategiche

1) Area strategica A - Area dell'efficienza organizzativa:

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di miglioramento di governo delle diverse linee di attività ai fini dell'efficientamento su vari aspetti delle stesse stabilita la rilevanza dei controlli sulla qualità aziendale e sul rischio correlato

2) Area strategica B - Area dell'appropriatezza;

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei diversi regime e dei processi e procedure in esse sottostanti finalizzati al miglioramento delle performance e dei volumi di produzione delle prestazioni erogate

3) Area strategica C - Area della produzione e della gestione economico-finanziaria;

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di relazione tra Ciclo di Gestione della Performance e gli obiettivi dei Piani di efficientamento e riqualificazione/ concordamenti regionale al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse rispetto agli obiettivi e l'efficienza dell'attività sia in ambito sanitario che amministrativo.

4) Area strategica D - Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment;

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia di valutazione dei

processi organizzativi e dell'attività sanitaria ed amministrativa sia per adempimento ed allineamento operativo alle normative sia per esigenza di riorganizzazione aziendale finalizzata alla efficienza e continuo miglioramento

5) Area strategica E - Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire la strategia e rispondere agli adempimenti di legge riferiti all'attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza anche attraverso il legame con la performance e con gli obiettivi assegnati alle unità operative aziendali.

6) Area strategica F – Area della comunicazione ai cittadini

In tale Area vengono declinati gli obiettivi strategici con i quali si intende perseguire il miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute.

Inoltre vengono inclusi obiettivi di attuazione dei principi di parità e pari opportunità, nonché benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

5.2 OBIETTIVI STRATEGICI

La declinazione delle Aree Strategiche in Obiettivi Strategici e Obiettivi Operativi rappresenta il nucleo centrale del presente Piano della Performance. Gli obiettivi strategici, riportati all'interno dell'Albero della Performance esposto nel paragrafo 2.3, rappresentano macro obiettivi che l'azienda intende perseguire nel triennio. Di seguito si evidenziano i principali:

1) Obiettivi Strategici Area dell'efficienza organizzativa

- Miglioramento delle prestazioni sanitarie
- Monitoraggio dei Debiti Informativi e Controlli
- Miglioramento dell'offerta delle prestazioni sanitarie

2) Obiettivi Strategici Area dell'appropriatezza

- Efficientamento dei livelli prestazionali delle UO attraverso il corretto utilizzo delle risorse e la saturazione dei livelli di prestazioni erogate
- Performance dell'Attività
- Valutazione e adempimenti su rischi aziendali
- Rispetto degli adempimenti dei Piani di efficientamento e riqualificazione
- Valore della Produzione

3) Obiettivi Strategici Area della produzione e della gestione economico-finanziaria

- Miglioramento dello Stato Patrimoniale
- Miglioramento del risultato economico
- Monitoraggio sull'attività ALPI
- Verifiche e Controlli atti al miglioramento del risultato economico e dello stato patrimoniale

4) Obiettivi Strategici Area della innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment

- Formazione e relazioni con l'utenza interna/esterna
- Potenziamento dell'innovazione, del controllo, dello sviluppo e dell'empowerment

-
- Valutazione della performance; Potenziamento dei processi di verifica e controllo
 - Verifica e valutazione dei processi aziendali

5) Obiettivi Strategici Area della prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità

- Adempimenti in materia di Trasparenza e Prevenzione alla Corruzione
- Potenziamento dei processi di trasparenza, verifica e controllo

6) Obiettivi Strategici Area della comunicazione ai cittadini

- Miglioramento della comunicazione all'esterno da parte dell'Azienda
- Principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

5.3 OBIETTIVI OPERATIVI

Il Piano strategico Aziendale individua le azioni finalizzate al riposizionamento strategico dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini nel territorio regionale e nei confronti degli altri *competitors*, così come definito dalle Linee di indirizzo, all'interno dei vincoli previsti dalle disposizioni regionali.

Per ciascun obiettivo strategico vengono individuati i relativi obiettivi operativi.

5.4 AZIONI E INDICATORI

Agli obiettivi operativi sono collegate le azioni da intraprendere necessarie al raggiungimento degli stessi.

Ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance vengono individuati numerosi indicatori di risultato, di processo e di esito.

Gli obiettivi operativi, le azioni e gli indicatori sono descritti in dettaglio nel precedente paragrafo 2.3 relativo all'Albero della Performance.

6 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

In attuazione del D. Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, così come modificato dal D.L. n.74 del 25 maggio 2017 e s.m.i. e della Legge Regionale n. 1/2011, le delibere CIVIT (ora ANAC) n.105/2010 e n.112/2010 nonché le Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance n. 2/2017 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 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 tutti i Centri di Responsabilità previsti nel Piano dei Centri di Costo al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.



6.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- 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 dell'amministrazione, agli organi di controllo, agli operatori coinvolti, nonché ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi attraverso la comunicazione dei documenti e delle diverse fasi sostenute.

Gli attori del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) sono i seguenti:

- La Direzione Strategica, quale organo di indirizzo politico-amministrativo
- L'Organismo Indipendente di valutazione (O.I.V.) (L.R. 1/2011, Capo IV D.Lgs. n. 150/09 art. 14)
- Il Comitato di Budget
- La Struttura Tecnica Permanente (art. 14, comma 9, D.Lgs 150/09)
- La UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione
- La UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane
- I soggetti valutatori (Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo).

Sono considerati, inoltre, titolari di budget:

- i dipartimenti sanitari
- le articolazioni organizzative di tipo complesso (U.O.C.) e di tipo semplice Dipartimentale (U.O.S.D.) che svolgono attività di carattere sanitario, finalizzate all'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
- le articolazioni organizzative di tipo complesso (U.O.C.) e di tipo semplice Dipartimentale (U.O.S.D.) che svolgono attività di carattere amministrativo, contabile e tecnico finalizzate a garantire il corretto svolgimento dei processi di supporto all'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari.

Per i titolari degli incarichi di organizzazione il Processo di Budget avviene attraverso una negoziazione tra il titolare dell'incarico e il Responsabile dell'Unità Operativa a cui afferisce.

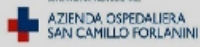
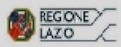
Per il restante personale del Comparto, il processo si realizza attraverso l'assegnazione di obiettivi alla Struttura Organizzativa a cui afferisce lo stesso. Tutto il personale della Struttura concorre al raggiungimento degli obiettivi.

L'Azienda attua il principio della distinzione tra le attività di indirizzo, programmazione e controllo di competenza della Direzione Generale e le attività di gestione di competenza dei Dirigenti nell'ambito delle attribuzioni proprie e delle deleghe ricevute.

Nell'ambito delle funzioni gestionali assegnate e nel rispetto degli indirizzi della Direzione Generale è riconosciuta ai dirigenti autonomia gestionale ed operativa, cui è collegata la diretta responsabilità sui risultati raggiunti.

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 Amministrazione Trasparente _ Performance, delle deliberazioni aventi ad oggetto le varie fasi del processo.

Viene di seguito illustrato il modello di scheda di budget adottata dall'Azienda, contenente le Aree strategiche, gli obiettivi di performance, i relativi indicatori e il peso per Area e per singolo obiettivo:

 		SCHEDA DI BUDGET ANNO _____										
Centro di Responsabilità: Cod. _____ Descrizione _____												
Responsabile: _____												
Cod. Area Strategica: X - Descrizione _____												
Obiettivo Strategico	X1	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
X1_01		X1_01_01		X1_01_01_01								
X1_02		X1_02_01		X1_02_01_01								
X1_N		X1_N_01		X1_N_01_01								
Obiettivo Strategico	X2	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
X2_01		X2_01_01		X1_01_01_01								
Obiettivo Strategico	XN	Descrizione _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
XN_01		XN_01_01		XN_01_01_01								
Totale % Peso per: X						100						___/100
Cod. Area Strategica: Y - Descrizione _____												
Obiettivo Strategico	Y1	Descrizione: _____										
Cod. Obiettivo Operativo	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Azione	Descrizione Azione	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Peso	Anno prec.	Risultato proposto	Risultato negoziato	Risultato raggiunto	% Ris raggiunto	% Ris raggiunto pesato
Y1_01		Y1_01_01		Y1_01_01_01								
Y1_02		Y1_02_01		Y1_02_01_01								
Y1_N		Y1_N_01		Y1_N_01_01								
Totale % Peso per: Y						100						___/100
Totale % Peso UO _____												100

NOTE NEGOZIAZIONE DI BUDGET

Il Direttore Unità Operativa

.....

Direzione Strategica Aziendale

Il Direttore del Dipartimento

.....

data...../...../.....

Firma da parte del persona dirigente assegnato alla UU.OO.

Dirigenti

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coordinatori

.....
.....
.....
.....
.....

data...../...../.....

6.2 CRONOPROGRAMMA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) si articola nelle seguenti fasi:

- 1) definizione entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento del piano triennale aziendale delle prestazioni e dei risultati (performance) da effettuarsi sulla base della programmazione nazionale e regionale, nell'ambito delle risorse disponibili definite dal Bilancio Economico Previsionale Aziendale per l'anno di cui trattasi e successivi aggiornamenti;
- 2) convocazione del Comitato di budget per la definizione con la Direzione Strategica degli obiettivi strategici ed operativi da inserire nell'albero della Performance relativo all'anno di riferimento;
- 3) predisposizione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione delle Schede contenenti gli obiettivi di performance organizzativa definiti per i Titolari di Macro Struttura (Direttori di Dipartimento e Area) e singole UOC e UOSD afferenti;
- 4) Convocazione del Collegio di Direzione per avvio del Ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati (Performance organizzativa) e consegna ai Direttori di dipartimento delle schede sopra riportate relative alla Macro struttura e alle strutture afferenti;
- 5) fase di analisi interna tra il Titolare di Macro Struttura e le rispettive Unità Operative afferenti per la valutazione degli obiettivi presenti nelle schede del Ciclo di gestione da parte dei dirigenti interessati e la formulazione di eventuali controproposte da presentare in sede di negoziazione con la Direzione Aziendale;
- 6) fase di negoziazione finale (ad incontri calendarizzati) tra la Direzione Strategica (con il supporto del Comitato di Budget e della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione) e i Titolari di Macro Struttura (Direttori di Dipartimento e Area) e singole UOC e UOSD afferenti, con sottoscrizione delle schede obiettivi;
- 7) analisi periodica durante l'anno di riferimento dell'andamento dell'attività con evidenza degli scostamenti dagli obiettivi fissati e delle relative criticità;
- 8) a partire dal mese di gennaio dell'anno successivo, consuntivazione/rendicontazione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione del grado di raggiungimento degli obiettivi dalle strutture aziendali;
- 9) trasmissione della rendicontazione effettuata ai soggetti valutatori (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo) per la valutazione di prima istanza;
- 10) trasmissione alla Struttura Tecnica Permanente, per il tramite della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione, della consuntivazione della valutazione di prima istanza, al fine di consentire all'OIV di effettuare la valutazione di seconda istanza del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- 11) trasmissione da parte della Struttura Tecnica Permanente O.I.V. alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione dei risultati della valutazione di seconda istanza raggiunti nella performance organizzativa;

-
- 12) predisposizione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione della Relazione sulla Performance annuale contenente le risultanze del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati;
 - 13) emissione da parte dell'OIV del documento di validazione della Relazione sulla Performance annuale;
 - 14) entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento deliberazione da parte della UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione della Relazione sulla Performance di periodo e trasmissione alla UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane delle risultanze del ciclo di gestione delle prestazioni e dei risultati per i successivi adempimenti liquidatori.

6.3 VALUTAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

Com'è noto, la legge delega 4 marzo 2009, n. 15, il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 così come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n.74, e s.m.i., innovando la materia della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, anche con riferimento alla revisione del sistema retributivo dei dipendenti, hanno introdotto il concetto della *performance* riferito all'amministrazione, nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative, ed ai singoli dipendenti, in sostituzione del concetto di produttività individuale e collettiva.

L'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, così come modificato dall'articolo 5 comma 1) lettera a) prevede che le amministrazioni valutino annualmente la *performance organizzativa ed individuale* sulla base di un *Sistema di misurazione e valutazione della performance*, di cui si sono dotate e che aggiornano annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo indipendente di valutazione.

La funzione di misurazione e valutazione della *performance* di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7, comma 2, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è affidata all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo citato, b) ai dirigenti di ciascuna amministrazione ed infine come previsto all'art.5 comma 1 lettera c) del decreto legislativo 25 maggio 2017, n.74 ai: " *cittadini o dagli altri utenti finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'amministrazione partecipando alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis*".

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 dalle normative di riferimento sopra citate, 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.

Allo stato, i principi e le disposizioni sancite dalla descritta normativa trovano applicazione per quanto attiene la valutazione del personale dirigenziale apicale (Direttori di UOC) e per quello titolare di incarichi di struttura semplice organizzativa e di alta professionalità (alfa 1), attraverso il sistema di seguito descritto che trova diretta evidenza nel processo di budget.

Analogamente, secondo i principi enunciati, avviene la valutazione del personale dirigente titolare di incarichi.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è in fase di completo aggiornamento. Risultano conclusi i tavoli tecnici parte aziendale e sindacale, per determinare i criteri e le modalità sulla base delle quali effettuare le valutazioni e le erogazioni relativamente al personale del Comparto e della Dirigenza area Sanità, mentre è in corso il tavolo relativo al personale Area PTA. A conclusione, nel breve termine, di quest'ultimo tavolo di contrattazione, il SMVP verrà deliberato.

6.4 SISTEMA PREMIANTE

Accesso alla premialità per il personale appartenente all'area Comparto

Il sistema di premialità del Comparto Aziendale finalizzato alla valorizzazione dei risultati prevede la valutazione dei seguenti due ambiti: la performance organizzativa e la performance individuale, poiché il contributo alla performance è apportato da ogni soggetto del sistema sia a titolo individuale che nell'ambito di un'articolazione organizzativa.

Le risorse da destinare ai premi correlati alla performance organizzativa e individuale, annualmente determinate all'interno del fondo ex art. 82 CCNL 21.5.2018 sono così ripartite:

- A. una quota delle risorse annualmente definita è destinata al finanziamento degli obiettivi individuati in sede di contrattazione di Budget (performance organizzativa);
- B. una quota delle risorse annualmente definita è destinata a remunerare i risultati della performance individuale;
- C. una quota di maggiorazione, nel rispetto delle previsioni degli articoli 82 e 84 del CCNL 2016/2018, delle risorse annualmente definita, in base a specifico accordo tra la parte pubblica e le OO.ss.

Dato atto che il processo di valutazione organizzativa si svolge con le modalità descritte nei paragrafi precedenti, in merito alla valutazione individuale c'è da premettere che a seguito della sottoscrizione del CCIA 2016/2018 del

personale del Comparto è stato ridefinito il processo di valutazione della performance individuale con la previsione di nuovi criteri ai fini della corresponsione della quota effettiva da erogare, collegata alla valutazione individuale, sulla base della valutazione complessiva (somma dei punteggi) risultante da una scheda di valutazione allegata al suddetto CCIA.

La valutazione della performance individuale viene effettuata per tutti i dipendenti, con contratto a tempo indeterminato e determinato, ed ha periodicità annuale.

Lo strumento di misurazione per la remunerazione dei risultati della performance individuale è la scheda di valutazione. La scheda di valutazione, nel nuovo schema allegato al CCIA, è così suddivisa: Area dei risultati riferito alla valutazione de livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa - Area dei comportamenti organizzativi.

SCHEDA VALUTAZIONE PERFORMANCE INDIVIDUALE COMPARTO		ANNO:
Categorie A - B - C - D		
Cognome e Nome:		Matricola:
Struttura organizzativa:		
Profilo professionale:		Categoria:
Per ogni fattore, il valutatore deve esprimere un giudizio in relazione alla seguente scala di valori:		
	Giudizio	Valutazione
Non conforme	il livello di performance non è conforme alle attese	da 1 a 2
Parzialmente conforme	il livello di performance necessita di miglioramento	da 3 a 5
Conforme	il livello di performance è conforme alle attese	da 6 a 7
Buono	il livello di performance è buono con attitudine allo sviluppo	da 8 a 9
Eccellente	il livello di performance è eccellente	10
A Area dei risultati		Valutazione
A1. - Livello di partecipazione alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa (da 1 a 10)		___ / 100
B Area dei comportamenti organizzativi		Valutazione
B.1 Competenza e attitudini professionali		
B.1.1. Grado di conoscenza professionale e di esperienza nell'espletamento dei compiti assegnati (da 1 a 10)		___ / 100
B.1.2 Capacità di portare a termine i compiti assegnati (da 1 a 10)		___ / 100
B.2 Comportamento ed impegno globale nel lavoro		
B.2.1 Capacità di rispettare le disposizioni di servizio comprese l'osservanza dell'orario e la puntualità (da 1 a 10)		___ / 100
B.2.2 Correttezza e disponibilità nei confronti dei colleghi e dei superiori (da 1 a 10)		___ / 100
B.2.3 Capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi (da 1 a 10)		___ / 100
B.3 Stile relazionale		
B.3.1 Capacità di relazionarsi con utenti e colleghi in modo garbato e disponibile (da 1 a 10)		___ / 100
B.3.2 Capacità di dare informazioni chiare ed esauritive sugli argomenti rientranti nella propria competenza (da 1 a 10)		___ / 100
B.4 Livello quali - quantitativo delle prestazioni		
B.4.1 Capacità di utilizzo efficace ed efficiente di attrezzature e macchine (da 1 a 10)		___ / 100
B.4.2 Precisione, accuratezza, nell'esecuzione della prestazione richiesta (da 1 a 10)		___ / 100
Valutazione complessiva (somma dei punteggi)		___ / 100
L'esito si considera: positivo se la valutazione complessiva è uguale o superiore a 36 / 100; negativo se la valutazione complessiva è inferiore a 36/ 100		
Punti di forza e aspetti da migliorare:		
Osservazioni del valutato:		
Data	Firma del valutatore	Firma del valutato

al termine del periodo di riferimento vengono valutati:

- gli obiettivi specifici di budget e i risultati complessivi di attività raggiunti
- i risultati della performance individuale;
- gli obiettivi riguardanti progettualità strategiche.

Le valutazioni riferite al raggiungimento di obiettivi specifici di budget e dei risultati complessivi di attività raggiunti da ogni CdR sono espresse in termini percentuali in relazione agli obiettivi prefissati.

Le risorse per la premialità vengono suddivise sulla base delle percentuali definite in sede di accordo integrativo aziendale, in due parti:

% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	% PERFORMANCE INDIVIDUALE
60	40

- **risorse per la performance organizzativa:** contenente le risorse teoriche assegnate per il finanziamento della produttività collettiva legata alla valutazione degli obiettivi di budget;
- **risorse per la performance individuale:** contenente le risorse teoriche assegnate per il finanziamento della quota di produttività collettiva/retribuzione risultato legata alle risultanze delle schede di valutazione individuale.

Le risorse per la performance organizzativa vengono determinate per fasce in base al punteggio della scheda secondo quanto definito nel Piano della Performance aziendale.

Le risorse per la performance individuale vengono determinate per fasce in base al punteggio della scheda come segue:

COMPARTO PUNTEGGIO COMPLESSIVO SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	QUOTA EFFETTIVA collegata alla valutazione individuale erogata
Fino a 35	0%
da 36 a 40	40%
da 41 a 50	50%
da 51 a 60	60%
da 61 a 70	70%
da 71 a 80	80%
da 81 a 90	90%
da 91 a 100	100%

Il pagamento dei premi correlati alla performance avviene con le seguenti modalità: - liquidazione, di norma entro il mese di maggio dell'anno di competenza, di un primo importo per stato di avanzamento relativo al primo trimestre, nella percentuale pari ad un massimo del 30% del valore della quota teorica annua relativa alla performance organizzativa, tenuto conto del raggiungimento risultante dalla verifica trimestrale degli andamenti di gestione aziendale monitorati sulla base dei Conti Economici trimestrali trasmessi in Regione Lazio e della comunicazione degli stessi all'Organismo Indipendente di Valutazione, nonché dall'andamento dei livelli di produzione; - liquidazione, di norma entro il mese di novembre dell'anno di competenza, di un secondo importo per stato di avanzamento relativo al terzo trimestre, nella percentuale pari ad un massimo del 30% del valore della quota teorica annua della performance organizzativa, tenuto conto del raggiungimento risultante dalla verifica degli andamenti di gestione aziendale monitorati sulla base dei Conti Economici trimestrali trasmessi in Regione Lazio e della comunicazione degli stessi

all'Organismo Indipendente di Valutazione, nonché dall'andamento dei livelli di produzione; - liquidazione di norma entro il mese di marzo dell'anno di competenza, del saldo del valore della quota teorica annua della performance individuale, in base agli esiti della conclusione della valutazione della performance individuale; - liquidazione, di norma entro il mese di agosto dell'anno di competenza, del saldo della quota annua della performance organizzativa e della intera quota di performance aggiuntiva, tenuto conto degli esiti della conclusione del processo di budget e della valutazione delle eventuali schede progetto strategiche, nonché della verifica degli andamenti di gestione aziendale monitorati sulla base dei Conti Economici trimestrali trasmessi in Regione Lazio e della comunicazione degli stessi all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Accesso alla premialità per il personale Dirigenza Area Sanità

Per quanto concerne poi il sistema premiante della Dirigenza medica, sanitaria non medica e delle professioni sanitarie, l'art. 41 del vigente CCIA 2016-2018 Dirigenza Area Sanità e il relativo protocollo applicativo definiscono la metodologia che collega il calcolo del premio alla Performance Organizzativa ed alla Performance Individuale. In particolare:

spetta ad ogni struttura il premio collegato alla PERFORMANCE ORGANIZZATIVA conseguita dal relativo Cdr, secondo una logica che considera l'attività della singola struttura come il risultato dell'apporto congiunto di tutte le professionalità allo stesso afferenti;

spetta al singolo dirigente il premio collegato alla PERFORMANCE INDIVIDUALE sulla base dei risultati delle valutazioni e dei livelli di responsabilità individuale, effettuate secondo i parametri condivisi nel presente Protocollo.

Le risorse da destinare ai premi correlati alla performance organizzativa e individuale, annualmente determinata nell'ambito del Fondo ex art. 95 CCNL 19.12.2019 sono così ripartite:

- Il 60% delle risorse annualmente definite è destinata a remunerare i risultati della performance organizzativa
- Il 40% delle risorse annualmente definite è destinata a remunerare i risultati della performance individuale. In detta quota deve rientrare la maggiorazione della retribuzione di risultato nel rispetto delle previsioni dell'art. 93 del CCNL.

Qualora a fine esercizio risultino eventuali somme residue degli altri fondi contrattuali del personale, le risorse destinabili all'incentivazione dell'anno di riferimento saranno accresciute di tali avanzi, sempre nel rispetto delle norme contrattuali e delle intese vigenti.

Circa la periodicità della distribuzione degli incentivi, nel rispetto di quanto disposto dalla vigente normativa di riferimento, che ammette l'erogazione del premio di produttività solo previa verifica dei risultati effettivamente conseguiti, oltre all'ordinaria procedura di verifica e liquidazione attivabile a conclusione dell'esercizio di riferimento, è stabilito che la retribuzione di risultato legata sia alla performance organizzativa che alla performance individuale venga erogata successivamente alla valutazione dei risultati delle singole strutture nonché in esito alle valutazioni individuali effettuate in ultima istanza dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che approva la "Relazione sulla Performance", redatta dall'Azienda e da pubblicare entro il 30 giugno di ogni anno.

L'erogazione della retribuzione di risultato avviene, di norma, entro il mese di agosto dell'anno successivo all'anno oggetto di valutazione.

Verifica della performance organizzativa

La Performance organizzativa può essere definita come il contributo che i dipendenti e le strutture organizzative apportano al raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi individuati in base alle priorità politiche ed alle linee di indirizzo definite dall'organo di vertice. Gli ambiti di misurazione e valutazione della Performance organizzativa sono disciplinati dall'articolo 8 del D.lgs. n. 150/2009 richiamato nell'art.8 della legge regionale n. 1/2011 e s.m.i. con particolare riferimento alla modifica apportata dal decreto legislativo del 25 maggio 2017, n.74

La misurazione e valutazione della Performance organizzativa, è rivolta a quantificare tutte le dimensioni (efficacia, efficienza, qualità, ecc.) dell'attività aziendale sulla base degli obiettivi strategici ed operativi assegnati dalla Direzione Strategica, a seguito della negoziazione con le strutture (UOC e UOSD), tenuto conto di quanto definito nel Piano triennale della Performance e nel Ciclo (Budget) annuale della Performance, inseriti nel più ampio Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Agli obiettivi operativi, poi, sono collegate le azioni da intraprendere necessarie al raggiungimento degli stessi e, al fine di consentire la misurazione e la valutazione della performance organizzativa, vengono individuati indicatori il cui risultato complessivo determina la percentuale di raggiungimento di tale performance.

La percentuale di raggiungimento della performance organizzativa della struttura (UOC – UOSD), risultante dall'utilizzo della scheda di budget, di seguito rappresentata, è collegata alla retribuzione di risultato di tutto il personale dirigente assegnato alla struttura stessa.

Le risorse da destinare ai premi correlati alla performance organizzativa sono pari al 60% del fondo e saranno erogati per effettivo risultato conseguito dalla singola struttura.

(es. Risultato CdR 100%= premio 100%; Risultato CdR 85%= premio 85%; Risultato CdR 65%= premio 65%).

Il risultato di performance organizzativa valutato inferiore al 30% è considerato valutazione negativa e pertanto non dà luogo alla corresponsione del trattamento accessorio legato alla performance organizzativa.

Valorizzazione della performance individuale

La Performance individuale, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, ovvero il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

Come indicato nel punto 2 del Protocollo le risorse da destinare ai premi correlati alla performance individuale, annualmente determinata nell'ambito del Fondo ex art. 95 CCNL 19.12.2019 sono pari al 40% delle risorse annualmente definite. In detta quota deve rientrare la maggiorazione della retribuzione di risultato nel rispetto delle previsioni dell'art. 93 del CCNL.

La valutazione viene effettuata, come descritto nelle schede di valutazione individuale, di seguito rappresentate, su n. 7 aree così individuate:

- Area delle Capacità,
- Area delle Conoscenze e di orientamento all'innovazione
- Area delle Relazioni
- Area dei Comportamenti aziendali
- Area della Formazione
- Area delle Competenze Manageriali
- Area dei Risultati

Le schede di valutazione individuale consentiranno di calcolare il risultato della valutazione individuale con la seguente modalità:

- Le prime n. 6 Aree prevedono n. 5 item per Area da valutare con punteggio previsto da 0 a 20, secondo il livello di valutazione da Insufficiente ad Ottimo (Insufficiente= 0; Sufficiente=5; Discreto=10; Buono=15; Ottimo=20). Il totale dei 5 item sarà il totale dell'Area di riferimento e sarà pari al 100% nel caso di valutazione massima dei 5 item. Ogni area valutata al massimo vale 10 punti di valutazione per un totale alla massima valutazione del 60%
- La settima Area denominata Area dei Risultati è collegata agli obiettivi di performance organizzativa, come da scheda individuale differenziata per tipologia di incarico dirigenza, e corrisponde al 40% della valutazione complessiva nel caso di massimo raggiungimento (100%),
- La somma delle % dà la valutazione complessiva del dipendente ovvero 600% = 60, 40% = 40. Totale valutazione 100%

Tabella Riepilogativa Valutazione Individuale con valorizzazione massima

Are di Valutazione Individuale	Valore Area	Valore
AREA DELLE CAPACITA'	100%	10
AREA DELLE CONOSCENZE E DI ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE	100%	10
AREA DELLE RELAZIONI	100%	10
AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI	100%	10
AREA DELLA FORMAZIONE	100%	10
AREA DELLE COMPETENZE MANAGERIALI	100%	10
TOTALE AREE %	600%	60
AREA DEI RISULTATI (Percentuale di raggiungimento)	100%	40
VALUTAZIONE COMPLESSIVA	700%	100%
PREMIO INDIVIDUALE TOTALE		40%

In caso di valutazione finale complessivamente negativa il presente documento deve essere accompagnato da specifica relazione motivata ed articolata per ognuna delle aree comportamentali oggetto di esame. La relazione deve essere sottoscritta per presa visione e accettazione del dirigente interessato.

La valutazione individuale inferiore al 30% è considerata valutazione negativa e pertanto non dà luogo alla corresponsione del trattamento accessorio legato alla performance individuale.

Sono previste 3 tipologie di schede di valutazione:

- Direttori (UOC e UOSD)
- Dirigenti medici e sanitari (UOS, IP UOSD, IP UOS, IP A)
- Dirigenti medici e sanitari (IP B, IP C, IP D)

Di seguito viene riportato esempio di scheda di valutazione individuale per i Direttori di UOC/UOSD:

SCHEDA DI VALUTAZIONE DIRETTORI (UOC e UOSD)											
COGNOME E NOME STRUTTURA VALUTATORE TITOLARE INCARICO											
					Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo		
					0	5	10	15	20		
Periodo di riferimento della valutazione:					Anno		2022				
AREA DELLE CAPACITA'						6					
						Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
1. Livello delle capacità e competenze organizzative											
2. Livello delle capacità e delle competenze relazionali con i propri collaboratori											
3. Utilizzo appropriato delle risorse disponibili											
4. Accuratezza e puntualità nello svolgimento delle funzioni e delle procedure aziendali richieste											
5. Valutazione complessiva											
AREA DELLE CONOSCENZE E DI ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE						6					
						Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
1. Grado di disponibilità e capacità ad innovare nella propria organizzazione											
2. Miglioramento delle conoscenze nel proprio settore di competenza											
3. Concreto interesse a migliorare le proprie conoscenze											
4. Capacità di revisionare i processi e stabilire nuove procedure											
5. Valutazione complessiva											
AREA DELLE RELAZIONI						6					
						Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
1. Livello di capacità comunicativa e di coinvolgimento nelle attività della UOC nei confronti dei propri											
2. Capacità di rapportarsi con pazienti, parenti / personale altre strutture											
3. Grado di partecipazione/ integrazione alle attività di dipartimento e multidisciplinari fra unità operative diverse											
4. Contributo alla risoluzione dei conflitti											
5. Valutazione complessiva											
AREA DEI COMPORTAMENTI AZIENDALI						6					
						Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
1. Grado di coinvolgimento nei processi produttivi											
2. Collaborazione nella definizione ed applicazione di linee guida specifiche											
3. Rispetto delle procedure e dei protocolli											
4. Idoneità ad interagire con i colleghi per il raggiungimento dei risultati											
5. Valutazione complessiva											
AREA DELLA FORMAZIONE						6					
						Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
1. Livello di interesse nella formazione permanente											
2. Impegno nell'aggiornamento professionale											
3. Trasferimento delle competenze professionali agli operatori della struttura di appartenenza											
4. Attività di didattica e ricerca											
5. Valutazione complessiva											
AREA DELLE COMPETENZE MANAGERIALI						6					
						Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo	
1. Attenzione all'utilizzo delle risorse cercando di minimizzare gli sprechi											
2. Grado di responsabilità in relazione alla propria posizione											
3. Supporto allo sviluppo professionale ed alle motivazioni delle risorse assegnate											
4. Capacità organizzativa e di coordinamento sia nell'assegnare gli incarichi sia nel prevedere e gestire imprevisti											
5. Valutazione complessiva											
AREA DEI RISULTATI						6					
1. Supporto agli obiettivi performance organizzativa											
Percentuale di raggiungimento scheda di budget											
3. Andamento valutazione nel tempo						In miglioramento		Stabile		In Flessione	
Sintesi della Valutazione Annuale (*)						Positiva		Negativa			
Osservazioni del Valutatore e azioni di miglioramento suggerite:											
Osservazioni del Valutato:											
Data											
Firma del Valutato per presa visione e accettazione						Firma del Valutatore					

Distribuzione degli incentivi in considerazione della quantità di servizio

- Si concorda che gli incentivi relativi ad un determinato CdR siano attribuiti anche in considerazione dell'effettiva presenza in servizio.
- Si concorda che fino a 45 giorni di assenza, comprensivi delle giornate di assenza per congedi ordinari, non si procederà ad alcuna decurtazione economica.
- Non comportano altresì alcuna decurtazione economica le seguenti tipologie di assenze:
- Formazione obbligatoria disposta esclusivamente dall'Azienda ed ogni altra iniziativa correlabile ad esigenze ed interesse aziendali
- Il personale a tempo parziale accede all'incentivo in maniera commisurata alla quantità di servizio contrattualizzata. Inoltre, ai sensi della normativa contrattuale vigente (art. 15 comma 1 lett. c) CCNL 2019) ai dirigenti a rapporto non esclusivo non verrà erogata alcuna retribuzione di risultato.
- In ogni caso si individua un valore soglia pari a 30 giorni effettivi di lavoro nell'anno al di sotto del quale il dipendente non ha accesso all'incentivazione di cui al presente accordo.
- Ai sensi dell'art. 65 comma 3 ultimo periodo del CCNL del 5 dicembre 1996 della Dirigenza Medica e Veterinaria e dell'art. 62 comma 3 ultimo periodo della Dirigenza SPTA del 5 dicembre 1996, confermati dall'art. 93 comma 5 del CCNL 19.12.2019, la retribuzione di risultato compensa anche l'eventuale superamento dell'orario di lavoro per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato.

Accesso alla premialità per il personale Dirigenza Area PTA

Devono essere avviati i Tavoli Tecnici tra la Direzione Strategica e le OO.SS. per integrare gli accordi decentrati con i criteri di misurazione e valutazione della performance individuale e con i criteri di accesso alla premialità e alla modalità di erogazione dei premi stessi.

7 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Al fine di rispettare quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 150/2009 (aggiornato dal D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017), nella L.R. n. 1/2011, nel D. Lgs. n. 33/2013 e nel D. Lgs. n. 97/2016, per le finalità di armonizzare il Piano Triennale della Performance ed il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), e nella intenzione di una progressiva e costante integrazione dei suddetti documenti e dei processi ad essi collegati, nel presente Piano Triennale della Performance, sono stati individuati specifici obiettivi relativi alla trasparenza dell'azione amministrativa, nonché obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione. Tali obiettivi sono stati elaborati, per gli adempimenti, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. I Piani redatti e la documentazione di riferimento sono consultabili sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente"

7.1 COERENZA PIANO PERFORMANCE CON IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Già l'articolo 16 del D. Lgs. 165/2001 attribuisce ad ogni Dirigente specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione. Così come la determinazione dell'ANAC n.12 del 28 ottobre 2015 che al punto 4.3 sottolinea che *"la collaborazione è, infatti, fondamentale per consentire al RPC e all'organo di indirizzo che adotta il PTPC di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativi entro tempi chiaramente definiti."*

Pertanto, il Responsabile della prevenzione della corruzione coinvolge tutti i dirigenti dell'azienda, titolari di incarico di struttura, individuati quali referenti per la prevenzione della corruzione, sia nella fase di mappatura dei processi ed analisi dei rischi connessi all'attività di competenza di ciascuno, sia nella fase di adozione dei provvedimenti conseguenti. Ai Dirigenti viene richiesto:

- collaborare nella fase di mappatura dei processi ed analisi dei rischi
- proporre misure idonee a prevenire e contrastare i rischi di corruzione e a controllarne ed attestarne il rispetto nelle strutture di competenza
- fornire al responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie
- avanzare proposte per la rotazione del proprio personale esposto a rischio
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione
- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale
- osservare le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione
- segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni

Al fine di integrare con gli altri processi di programmazione e gestione e di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottata, l'assolvimento dei compiti di cui sopra è inserito nel Piano della performance e costituisce obiettivo di budget per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2022 -2024, e, come tale è inserito nelle singole schede di budget.

Gli obiettivi assegnati da PTPCT ed inseriti nel Piano della Performance sono di seguito elencati:

AREASTRATEGICA	OBIETTIVOSTRATEGICO	OBIETTIVOOPERATIVO	AZIONE	INDICATORI
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	N. 2 relazioni formali al 30/06 ed al 30/11 al RPCT attestanti la produzione e diretta pubblicazione dei dati di competenza della struttura, sul sito web aziendale, nella sezione Amministrazione trasparente attraverso l'utilizzo del Programma "PA33 nei termini stabiliti dalle disposizioni sulla trasparenza
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	N. 1 documento di verifica della mappatura dei processi in collaborazione con il RPCT anche rispetto alle modifiche organizzative intervenute unitamente alla rilevazione, valutazione ed analisi del rischio e del relativo trattamento nel rispetto delle indicazioni metodologiche contenute nel PTPCT entro il 30/06
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	N. 2 attestazioni formali al RPCT entro il 30/06 ed entro il 30/11 sull'attuazione ed il rispetto delle misure di prevenzione generali e specifiche previste nel PTPCT e delle misure dagli stessi responsabili proposte nella mappatura/analisi dei rischi.
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	N. 1 relazione formale entro il 30/11 al RPCT sull'attività svolta per eseguire, consentire e collaborare alle attività di monitoraggio di I livello a carico delle strutture e quelle di II livello effettuato dall'RPCT per la verifica dell'attuazione e del rispetto delle misure preventive e specifiche previste nel PTPCT
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. (RPCT) dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	N. 1 relazione formale entro il 30/11 al RPCT sulla segnalazione di eventuali ulteriori eventi rischiosi e correlate misure di prevenzione con riferimento ai processi mappati dal RPCT e dalle strutture.
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Coordinamento adempimenti anticorruzione e trasparenza di competenza delle UU.OO. aziendali nel rispetto delle scadenze di Legge	N.1 elenco con indicazione delle strutture interessate (UOC/UOSD) e percentuale di risultato raggiunto nell'anno da ciascuna struttura rispetto agli adempimenti richiesti, inseriti nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza ed Integrità dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, ai sensi della Legge n. 190 del 6/11/2012 e del D.Lgs n. 33 del 14/03/2013	N. 1 Piano entro i termini di scadenza
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Trasmissione alla Direzione Aziendale e alla UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione degli adempimenti relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, per la definizione degli obiettivi di performance organizzativa dell'anno s	N. 1 elenco degli adempimenti entro il 31.01 dell'anno successivo
Area della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità	Adempimenti in materia di Trasparenza; Integrità e Prevenzione alla Corruzione	Rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	Adempimenti di legge che il Resp. della Prevenz. della Corruz. e della Trasp. dovrà misurare secondo le dovute scadenze di legge	N. 1 relazione di descrizione della collaborazione generica svolta con l'RPCT nell'attività di monitoraggio sull'attuazione e rispetto delle misure previste nel PTPC e specificamente secondo il programma previsto nel Piano degli AUDIT INTERNI 2021-2023 -

7.2 TRASPARENZA

In ottemperanza degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, come disposto dalla normativa corrente, l'azienda assicura la pubblicazione, nel proprio sito web, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi garantendo facilità di accesso, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segretezza e di protezione dei dati personali.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, elaborato sulla base di specifici criteri approvati dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), raccoglie una serie di dati concernenti l'organizzazione, informazioni correlate al ciclo della performance ed altre riferite alla gestione delle risorse.

Descrive, inoltre, le azioni che l'Azienda intende portare avanti per incrementare il livello di trasparenza e rafforzare il legame esistente tra gli obblighi di trasparenza ed il perseguimento degli obiettivi di legalità, di etica pubblica e di sviluppo della cultura dell'integrità. Il Programma viene aggiornato ogni qual volta intervengano mutamenti significativi nell'organizzazione dell'azienda. I responsabili delle strutture competenti alla produzione delle informazioni da pubblicare provvedono, anche tramite il proprio referente:

- 1) ad inserire nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale direttamente - o tramite gli operatori del Sito Web aziendale - i dati e le informazioni di competenza, risultando direttamente responsabili dell'eventuale mancata pubblicazione nei termini stabiliti dalle norme e dal Programma triennale della trasparenza
- 2) ad assicurare il regolare svolgimento dell'accesso civico generalizzato previsto dall'art. 5 comma 1 del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.

8 PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113, stabilisce, all'art. 6, che le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, nel rispetto della disciplina di settore (in particolare del D.Lgs. n. 150/2009 e della L. n. 190/2012), adottino il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO).

Quanto sopra, nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso.

Il Piano avrà durata triennale, dovrà essere aggiornato annualmente e definisce, tra l'altro:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;

-
- le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione (degli utenti stessi) mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

Il PIAO e i relativi aggiornamenti dovranno essere pubblicati sul sito aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno ed inviati al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale. In caso di mancata adozione del Piano, restano ferme le sanzioni dell'art. 19, comma 5, del D.L. 24 giugno 2014, n. 90.

L'art. 6 del D.L. 80/2021 prevedeva che, entro 120 giorni dall'adozione del D.L. stesso, con specifico DPR sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO ed entro il medesimo termine il Dipartimento della Funzione Pubblica, con decreto, avrebbe adottato un "Piano tipo", quale strumento di supporto per le amministrazioni.

Successivamente, la Legge 30 dicembre 2021, n. 228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" (GU n. 309 del 30-12-2021), all'art. 1, co. 12, lett. a), ha:

- differito, in sede di prima applicazione, al 30 aprile 2022, il termine per l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) da parte delle pubbliche amministrazioni
- differito al 31 marzo 2022 sia il termine per l'adozione del decreto del Presidente della Repubblica, che individua e abroga gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO, sia il termine per l'adozione del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione con cui è adottato il Piano tipo (cfr. art. 6, co. 5 e 6, d.l. n. 80/2021).

Alla data di pubblicazione del presente Piano triennale della performance ancora non risulta essere stato emanato il citato DPR di abrogazione dei piani assorbiti dal PIAO e il Dipartimento della Funzione Pubblica non ha ancora adottato il suindicato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) "tipo" quale strumento di supporto per la redazione del PIAO medesimo da parte delle amministrazioni interessate.

9 AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Le azioni di miglioramento continuo che l'Azienda intende comunque apportare al Ciclo di Gestione della Performance, sono finalizzate a rendere tale processo uno strumento ancora più efficace per il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti e per il completamento del processo di responsabilizzazione degli operatori aziendali, ma soprattutto nel riqualificare l'offerta e la qualità delle prestazioni erogate tenuto conto della centralità del cittadino che viene preso in carico per assistenza e cura.

Altre azioni che l'Azienda considera strategiche nell'ambito del processo di miglioramento sono:

- umanizzazione del processo di cura, attraverso una riaffermazione della centralità della persona nell'ambito dei vari processi assistenziali (sviluppo di percorsi destinati all'accoglienza, miglioramento della comunicazione e dell'informazione);
- rapporto con il cittadino/utente, da realizzare attraverso la semplificazione amministrativa e la trasparenza dei processi decisionali e delle politiche aziendali;
- sostenibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi garantiti all'utenza al fine di perseguire gli obiettivi economici definiti a livello regionale (Piano di Rientro e Programmi operativi) ed a livello nazionale mantenendo sempre a riferimento la qualità delle prestazioni
- Analisi dei processi interni per efficientamento clinico-assistenziale e per perseguimento della qualità delle prestazioni erogate.