

PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede

Legale dell' Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data : 30 GEN. 2020

Il Direttore ad interim UOS Affari Generali
(Dott.ssa Marilù Saletta)

L'addetto alla Pubblicazione

Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

Il Direttore ad interim UOS Affari Generali
(Dott.ssa Marilù Saletta)

Tivoli, _____



**REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5**

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N° 000088 DEL 30 GEN. 2020

STRUTTURA PROPONENTE: UOS CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITA' ANALITICA

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 -2021 -2022

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.		Dr.ssa Marilù Saletta
<input checked="" type="checkbox"/> Favorevole	<input type="checkbox"/> Non favorevole (vedi motivazioni allegate)	
		data <u>29/01/2020</u>
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO		Direttore Sanitario Aziendale Asl Roma 5
<input checked="" type="checkbox"/> Favorevole	<input type="checkbox"/> Non favorevole (vedi motivazioni allegate)	Dott.ssa Vella Bruno
		data <u>29/01/2020</u>
Atto trasmesso al Collegio Sindacale		
<input type="checkbox"/> Senza osservazioni	<input type="checkbox"/> Con osservazioni (vedi allegato)	
Il Presidente _____		data _____
Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.		
Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____		
Registrazione n. <u>2020/RAG/00093</u>		del <u>29.1.2020</u>
Il Dir. UOC Bilancio e Contabilità (Dr. Fabio Filippi)		
Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico		
Il Responsabile del Procedimento Dr.ssa Maria Teresa Volponi Il Direttore ad interim UOS Controllo di Gestione e Contabilità Analitica Dr. Fabio Filippi		
La presente deliberazione è costituita da n. <u>3</u> pagine		
Da n. <u>1</u> allegati composti da un totale di pagine <u>33</u>		

PROPOSTA

Il Direttore ad interim UOS Controllo di Gestione e Contabilità Analitica relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

RICHIAMATI

il Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e s.m.i. che, all'art. 10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale, stabilisce l'adozione, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria;

la Legge Regione Lazio n. 1 del 16 marzo 2011 "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche" di recepimento dei contenuti del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

la Deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), che ha sostituito la CIVIT, n. 6 del 17 gennaio 2013, con cui sono definite le "Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013", in particolare fornendo alcune indicazioni da considerare ai fini della redazione del Piano della performance;

il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

CONSIDERATO

che, l'Articolo 10, "Piano della performance e Relazione sulla performance", modificato dal D.Lgs. 74 del 22 giugno 2017, al primo comma, lettera a), richiede la redazione annuale "entro il 31 gennaio" di "un documento programmatico triennale, che è definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica";

che a norma dell'art. 3 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., la misurazione e la valutazione della performance sono volte al raggiungimento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

DATO ATTO

che il Piano della performance è un documento programmatico triennale ed è lo strumento che dà avvio, ogni anno, entro il 31 gennaio, al ciclo di gestione della performance individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici da raggiungere per realizzare con successo la propria mission.

che il Piano della performance non è uno strumento immutabile, ma in continua evoluzione, con adeguamenti periodici, di norma annuali, legati dall'esigenza di garantire un raccordo stabile ed immediato con gli atti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale.

PRESO ATTO

della verifica di coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), in data 28.1.2020.

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

- di adottare il Piano della Performance 2020-2021-2022, allegato quale parte integrante del presente provvedimento (allegato A);

- di disporre la pubblicazione del Piano in parola sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" a cura del responsabile del procedimento;
- di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009;

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore ad interim
UOS Controllo di Gestione e Contabilità Analitica
Dr. Fabio Filippi

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESI

Parere FAVOREVOLE
Data 29/01/2020

Il Direttore Amministrativo f.f.
Dott.ssa Mariu Saletta

Parere Favorevole
Data 29/01/2020

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Velia Bruno
Velia Bruno

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, nominato con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00262 del 22 ottobre 2019

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dr. Fabio Filippi, Direttore ad interim UOS Controllo di Gestione e Contabilità Analitica che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

DELIBERA

Di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dr. Fabio Filippi, Direttore ad interim UOS Controllo di Gestione e Contabilità Analitica.

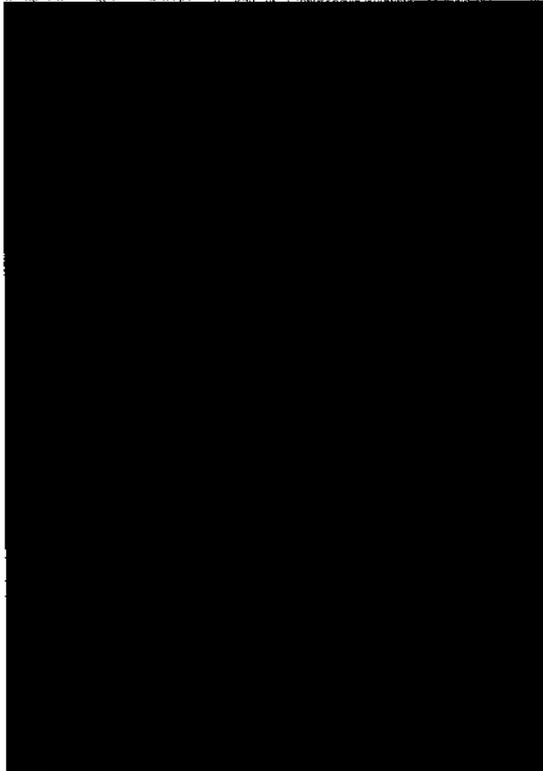
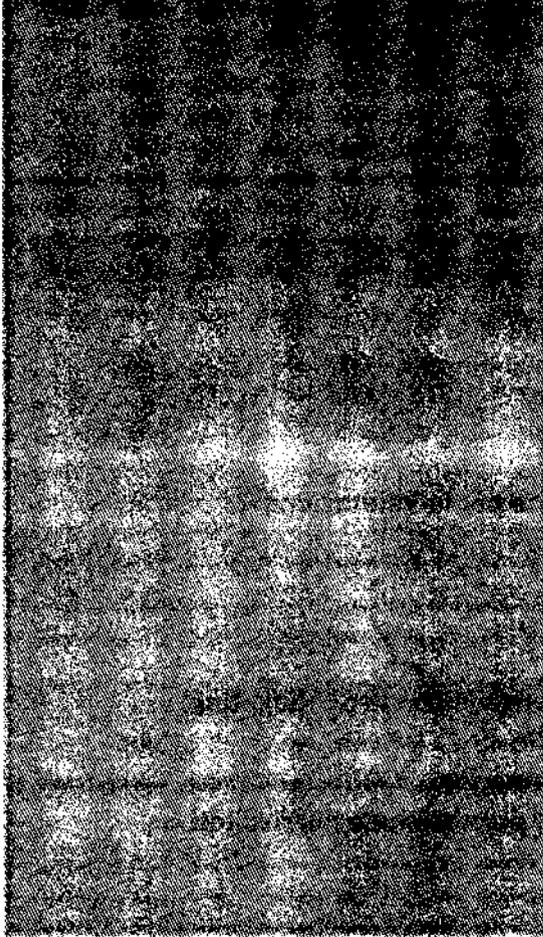
di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009;

Il Direttore Amministrativo f.f.
Dott.ssa Mariu Saletta

Il Direttore Generale
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Il Direttore Sanitario.
Dott.ssa Velia Bruno
Velia Bruno

Il Segretario verbalizzante
Dott.ssa Maria Teresa VOLPONI



PIANO DELLA PERFORMANCE 2020 – 2021 -2022

Indice

- 1. Presentazione del piano**
- 2. Introduzione**
- 3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**
- 4. Analisi del contesto**
 - 4.1 Contesto interno
 - 4.2 Contesto esterno
- 5. Mandato istituzionale e missione**
- 6. Le risorse finanziarie**
- 7. Albero della Performance**
- 8. Gli obiettivi strategici**
- 9. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**
- 10. Il processo seguito per la realizzazione del Ciclo di gestione per la Valutazione delle Performance**
 - 10.1 Il Ciclo di gestione delle performance
 - 10.2 La definizione delle strategie aziendali
 - 10.3 Il sistema di gestione della performance organizzativa (sistema di budgeting)
 - 10.4 Il sistema di gestione della performance individuale
 - 10.5 I sistemi aziendali correlati al governo della performance.
 - 10.6 Azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della prestazione e dei risultati
- 11. Il Coinvolgimento degli Stakeholder**
- 12. Iniziative aziendali per promuovere la Trasparenza**
 - 12.1 Sito web aziendale

Allegati:

- 1) albero della performance**
- 2) obiettivi strategici e obiettivi operativi**

1. Presentazione del piano

Il Piano della *performance* è adottato ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lett. B) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 e della Legge Regione Lazio 16 marzo 2011 n. 1 al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della *performance*.

E' lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della *Performance*, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione.

Con il presente aggiornamento al Piano Triennale della Performance questa Direzione sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 per il periodo 2020-2022, in coerenza con le risorse assegnate per il raggiungimento di obiettivi congrui alla missione dell'Azienda ed alle sue articolazioni organizzative.

Inoltre, questa Direzione prosegue l'attività di gestione del sistema di responsabilizzazione degli operatori ispirato al ciclo di gestione della *performance* introdotto dall'articolo 4 del D.Lgs. 150/2009 e che ha trovato nella redazione dei piani della performance precedenti le prime applicazioni e le prime esperienze di verifica della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Attraverso l'adozione del presente documento, ci si propone di accrescere le conoscenze circa l'operato dell'Azienda per migliorare i processi decisionali e per orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell'organizzazione.

I principi generali del Piano della performance sono la trasparenza nel processo di formulazione del Piano, attraverso la comunicazione dei contenuti; l'immediata intellegibilità, in termini di articolazione e sviluppo del Piano dei principi generali alle indicazioni operative; partecipazione; orizzonte temporale pluriennale.

Il Piano è stato strutturato, coerentemente con gli indirizzi ministeriali e regionali per rispondere anche all'obiettivo di rendere noti ai cittadini gli obiettivi, le azioni e i risultati che l'Azienda intende perseguire. Il Piano ed i documenti relativi al Ciclo di Gestione annuale della *Performance* saranno pubblicati sul sito *web* istituzionale dell'Azienda nella specifica sottosezione di "*Amministrazione Trasparente*".

2. Introduzione

Una parte di contenuti di questo Piano quali l'organizzazione, le funzioni, i valori, i principi di riferimento, le politiche e gli obiettivi dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 sono già declinati in altri documenti quali Il Sistema di misura e valutazione, in corso di adozione; l'Atto Aziendale; la Carta dei Servizi; il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2021-2022; il Piano Triennale della Performance 2019-2020-2021.

Da sottolineare il collegamento ed integrazione con il processo ed i documenti di programmazione economico-finanziario e di bilancio ed il collegamento al piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.

Essi sono consultabili e scaricabili dal sito *web* aziendale, sezione "*Amministrazione Trasparente*".

3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente pubblico dipendente e strumentale della Regione (ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165).

Mediante l' Atto Aziendale, l'Azienda delinea e formalizza la propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa per la realizzazione delle finalità proprie, nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione (ex articolo 2, comma sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 come modificato dall'art.1 del decreto legislativo n. 168/2000). L'Atto Aziendale di riferimento è quello pubblicato sul BURL n. 65 del 13.8.2019 e s.m.i..

Il patrimonio della ASL Roma 5 è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici in virtù di leggi o provvedimenti amministrativi, nonché tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, 2° comma, del Codice Civile.

I beni mobili ed immobili che l'azienda utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, soggetti a disciplina dell'articolo 828, 2° comma, C.C.. Tutti i beni di proprietà dell'Azienda sono iscritti nel libro degli inventari redatto ai sensi dell'art. 2117 c.c. e , a nome della stessa, presso i pubblici registri.

L' Azienda Sanitaria Locale Roma 5 ha sede legale in Tivoli (RM) in Via Acquaregna nn. 1/15, codice fiscale e partita IVA 04733471009.

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnate dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico ed assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

4. Analisi del contesto

4.1 Contesto interno

1.6.1 Contesto interno

(fonte Atto Aziendale pubblicato sul BURL n. 65 del 13 agosto 2019)

LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

La Direzione Strategica è costituita dal Direttore Generale dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo ed esercita il governo dell'azienda.

I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, mediante proposte e pareri, alla formazione e alle decisioni del Direttore Generale.

La Direzione Strategica Aziendale rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione direzionale", intendendo per tali:

- i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi;
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (Collegio di Direzione).

In particolare, spetta alla Direzione Strategica Aziendale:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionali;
- l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- le attività e funzioni del controllo di gestione.

La Direzione Aziendale coordina l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza.

Le Direzione Strategica Aziendale vigila affinché le risultanze economiche dell'attività di controllo sull'appropriatezza dell'assistenza e della verifica della capacità produttiva trovino riscontro contabile.

Inoltre assolve alla gestione ed al controllo delle prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati, uniformandosi ai sistemi informativi specifici previste dalla Regione Lazio in merito alle modalità per la fatturazione e per il controllo sulle prestazioni erogate.

In tal senso i provvedimenti regionali in materia, riportando nella piena responsabilità delle Aziende la gestione ed il controllo di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati, stabiliscono, per alcune attività (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale), procedure di controllo della fatturazione semplificate, chiare e certe, connesse ai sistemi informativi specifici esistenti. Per le altre (RSA, comunità terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative, Hospice, Centri Alzheimer, case di cura neuropsichiatriche etc.), in attesa dell'avvio delle indispensabili rilevazioni informatiche, l'Azienda individua i procedimenti relativi al controllo delle prestazioni ed alla liquidazione delle fatture, uniformandoli ai medesimi principi e criteri.

LA TECNOSTRUTTURA AZIENDALE

Le funzioni amministrative, tecniche e sanitarie di supporto alla Direzione Strategica aziendale sono erogate tramite una tecnostruttura aziendale. Tali funzioni sono aggregate in aree che necessitano di competenze affini o di un alto livello di integrazione e collaborazione per garantire all'Azienda il puntuale ed efficiente svolgimento delle funzioni loro assegnate.

Le aree che compongono la tecnostruttura e le unità operative al loro interno sono:

- **AREA COORDINAMENTO, ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE**

UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA POLI OSPEDALIERI E DISTRETTI

UOS CONTROLLI ED ESECUZIONE CONTRATTI

UOC PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

- **AREA POLITICHE DEL PERSONALE, SERVIZI GIURIDICI E ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI**

UOC GESTIONE DEL PERSONALE

UOS TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZA

UOC APPALTI E CONTRATTI

UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

- **AREA TECNICO ECONOMICA**

UOC TECNICA

UOS PATRIMONIO

UOC BILANCIO E CONTABILITA'

UOC IT

UOS FLUSSI INFORMATIVI E CUP

- **STAFF DIREZIONE STRATEGICA**

UOC GOVERNO DELLA RETE DEGLI EROGATORI

UOS VIGILANZA

UFFICIO LEGALE

URP

UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI ED AUDITING

UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE ED UNIVERSITARIA

UOS PRVENZIONE E PROTEZIONE

UOS INGEGNERIA CLINICA

CENTRO FORMAZIONE DI VALMONTONE

- **FUNZIONI AFFERENTI ALLA DIREZIONE GENERALE**

RESPONSABILE PROTEZIONI DATI PERSONALI

RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

MEDICO COMPETENTE

ESPERTO QUALIFICATO

- **STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**

CONSIGLIO DEI SANITARI

COORDINAMENTO LOCALE TRAPIANTI

REFERENTE WEB COMMUNITY

LIBERA PROFESSIONE

LISTE D'ATTESA

UOS FARMACOECONOMIA

UOC DIREZIONE SANITARIA POLO TIVOLI-MONTEROTONDO-SUBIACO

UOC DIREZIONE SANITARIA POLO COLLEFERRO – PALESTRINA

UOS PSICOLOGIA CLINICA AZIENDALE

UOC PERFORMANCE OSPEDALIERE E TERRITORIALI E SISTEMI DI MONITORAGGIO

UOC FARMACIA TERRITORIALE

UOS APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

UOC FARMACIA OSPEDALIERA POLO TIVOLI-MONTEROTONDO-SUBIACO

PREPARAZIONI GALENICHE E ONCOLOGICHE

UOC FARMACIA OSPEDALIERA POLO COLLEFERRO – PALESTRINA

PREPARAZIONI GALENICHE E ONCOLOGICHE

- **DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Il Dipartimento è composto da due unità operative complesse e sette unità operative semplici:

UOC PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

UOS PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE OSPEDALIERE

UOS PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE TERRITORIALI

UOS FORMAZIONE PROFESSIONI SANITARIE

UOS UDD

FACILITATORE DEI PROCESSI DI RICOVERO E DI DIMISSIONI

FACILITATORE DEI PROCESSI NEL PIANO DELLE FRAGILITA' E CRONICITA'

UOC PROFESSIONI TECNICO – PROFESSIONALI – SANITARIE E DELLA PREVENZIONE

UOS AREA DELLA RIABILITAZIONE

UOS TECNICI SANITARI

UOS TECNICI DELLA PREVENZIONE

LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI

Le strutture operative sono aggregazioni organizzative che riuniscono più strutture complesse e che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie assicurando la massima efficacia ed efficienza delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite. Alle strutture operative è assegnato, a seguito di negoziazione con la direzione aziendale, un budget ovvero risorse predefinite per il perseguimento di obiettivi predeterminati che esse perseguono con autonomia gestionale in conformità a procedure e processi monitorati attraverso il sistema di controllo interno.

Ogni struttura operativa aziendale si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse). Le strutture operative dell'Azienda sono:

- Il Distretto
- Il Dipartimento
- il Polo Ospedaliero

DIREZIONE GENERALE

STAFF AFFIDATI ALLA DIREZIONE GENERALE



STAFF DIREZIONE STRATEGICA

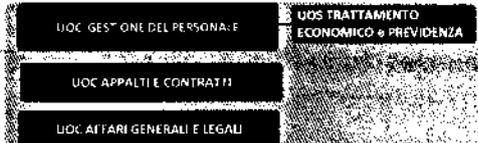


DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE

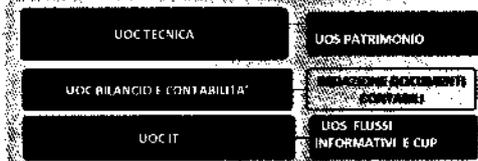
AREA COORDINAMENTO, ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE



AREA POLITICHE DEL PERSONALE, SERVIZI GIURIDICI E ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

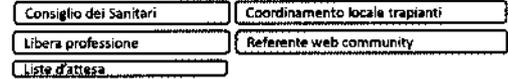


AREA TECNICO ECONOMICA

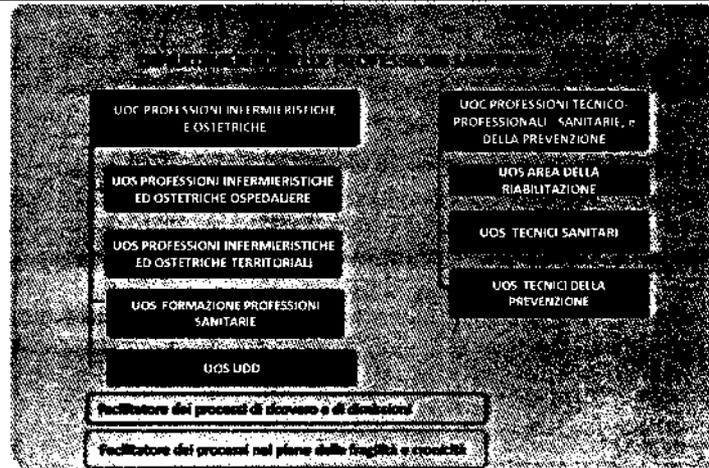


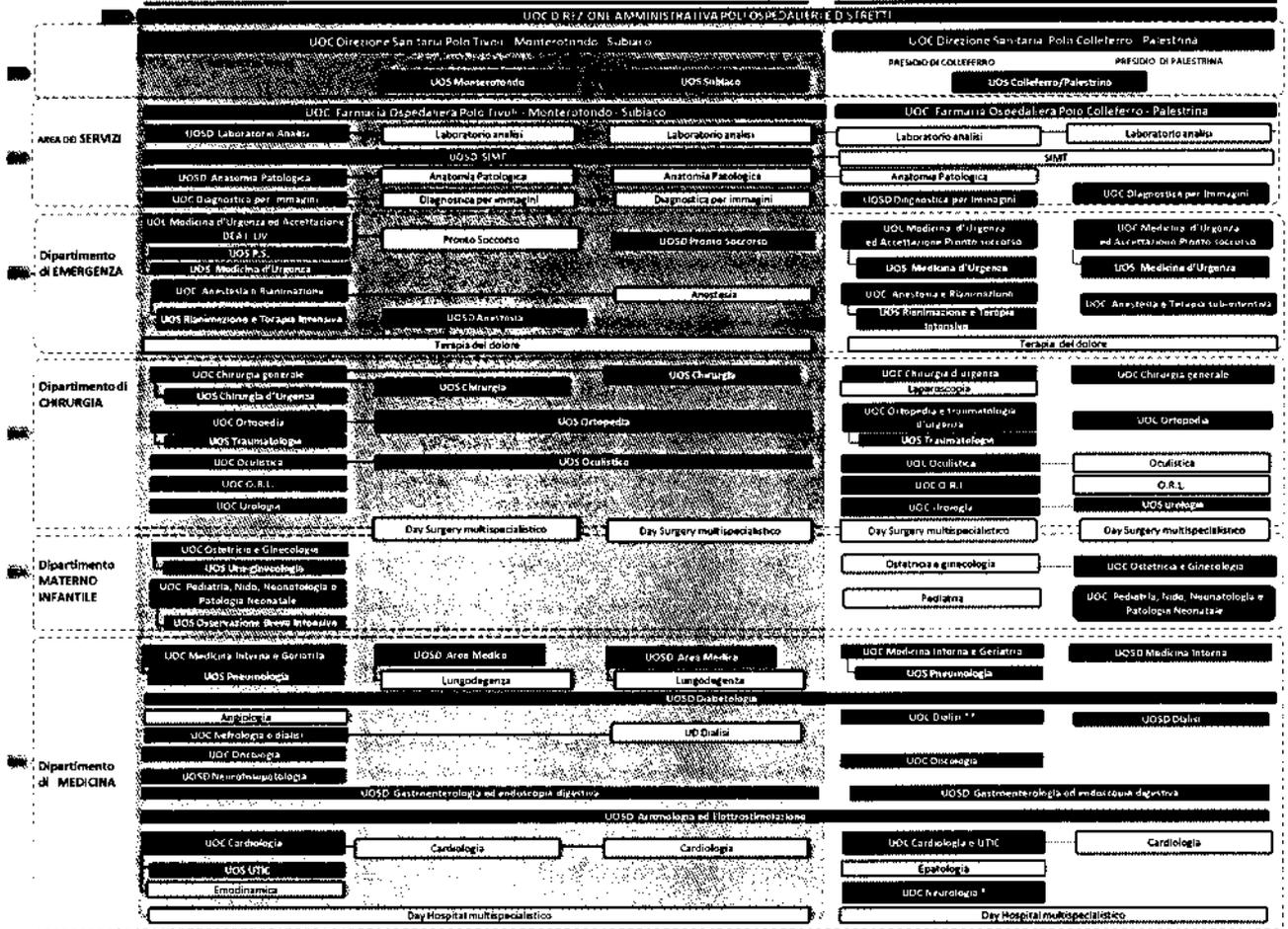
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

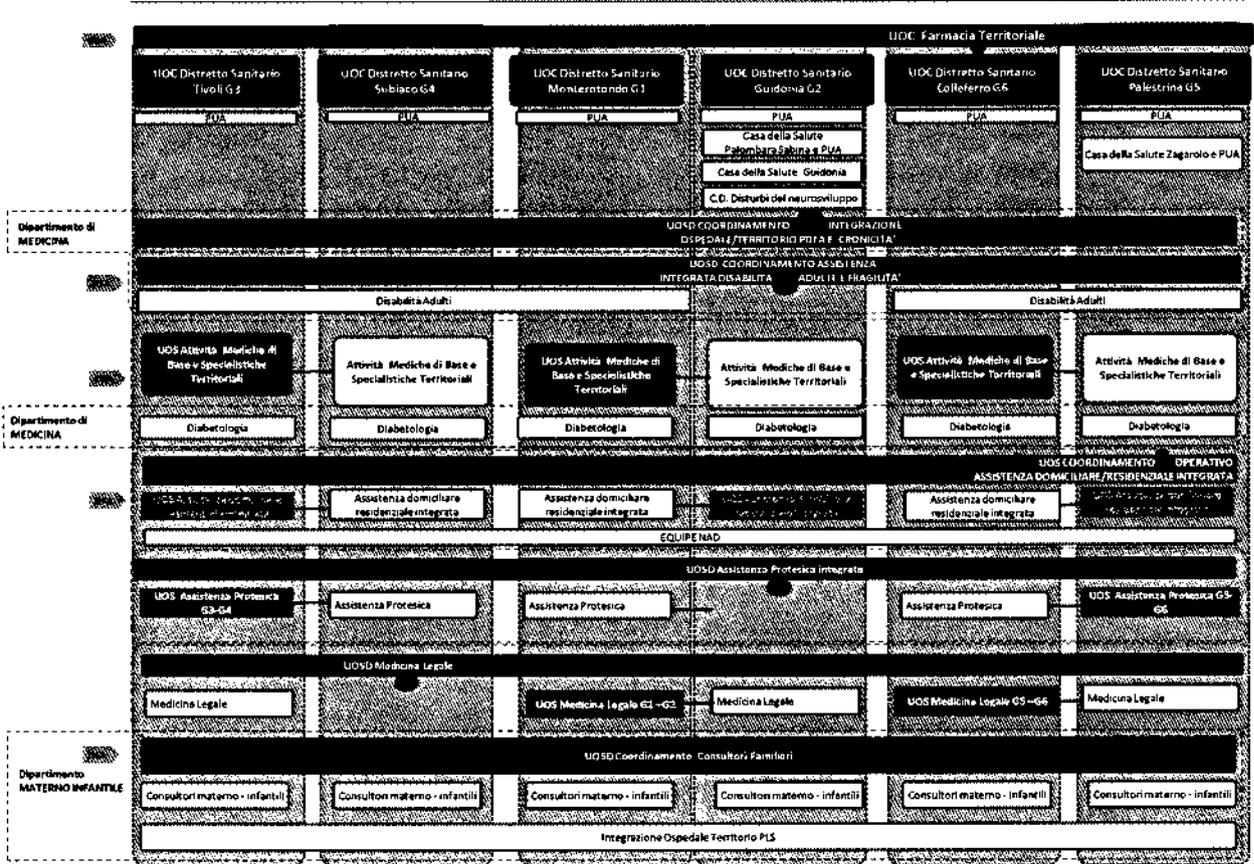


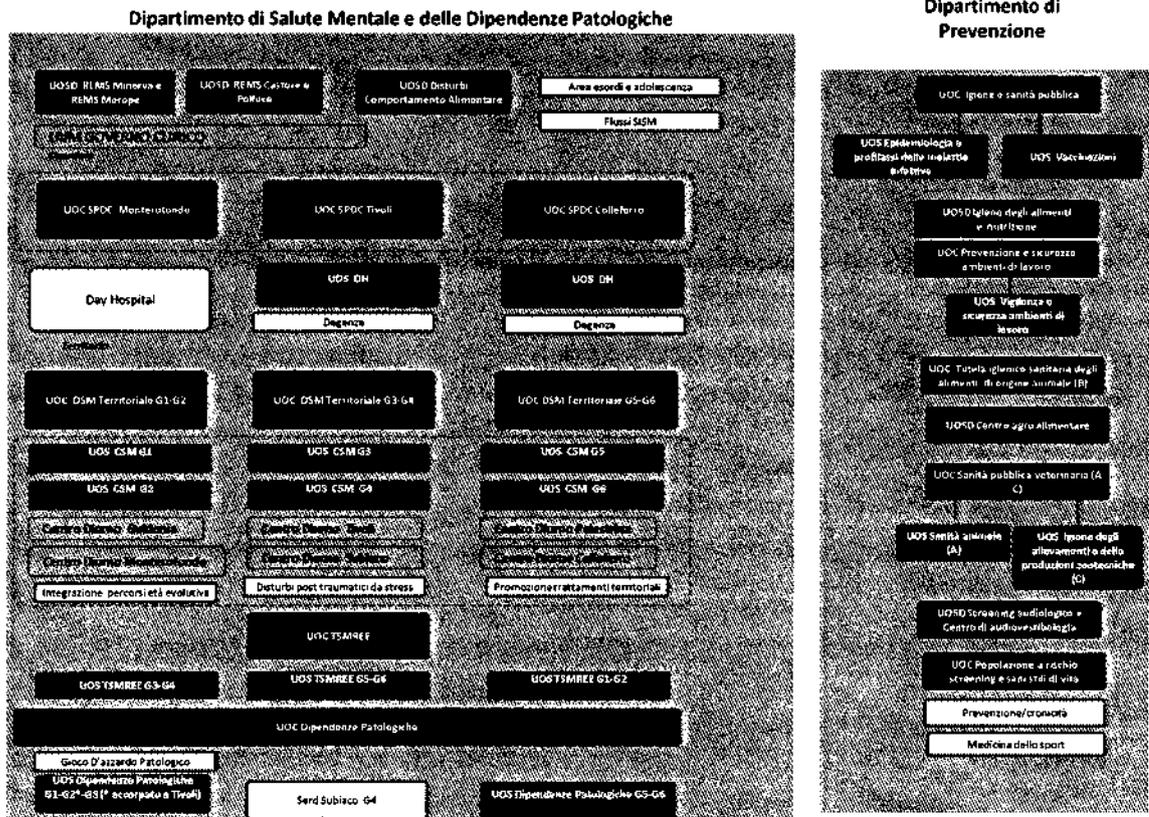
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE





AREA TERRITORIALE - Distretti





Area Ospedaliera

TIVOLI	232 PL ORDINARI + 26 DH
MONTEROTONDO	56 PL ORDINARI + 10 DH
PALESTRINA	97 PL ORDINARI + 25 DH
SUBIACO	40 PL ORDINARI + 10 DH
COLLEFERRO	140 PL ORDINARI + 20 DH
TOTALE	565 ORDINARI + 91 DH

IL PERSONALE DIPENDENTE DELLA ASL ROMA 5

Il numero del personale in servizio al 31.12.2019 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato suddiviso per ruolo, è così composto:

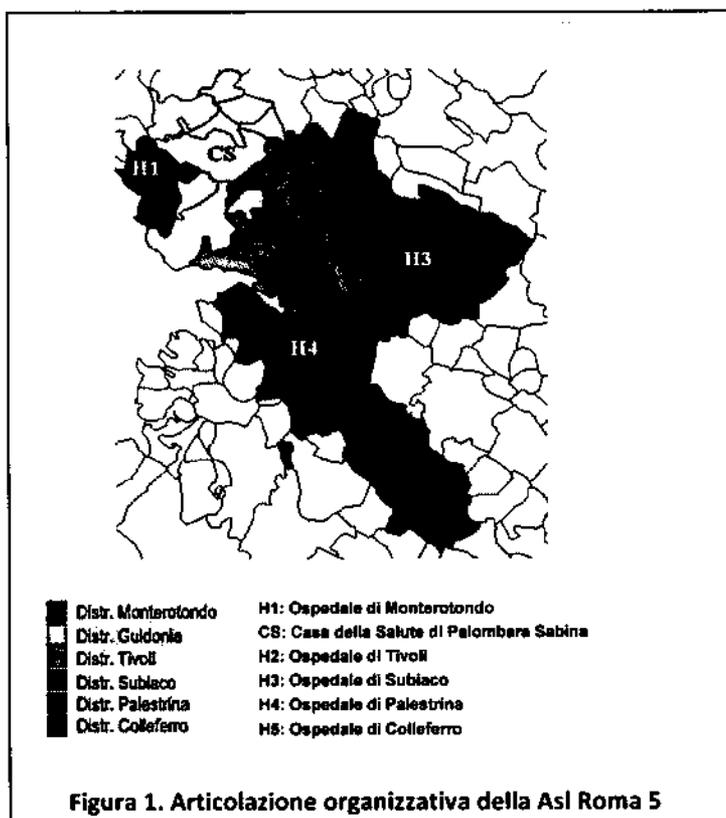
	RUOLO	N.
001	Ruolo Sanitario Medico e Veterinario	560
002	Ruolo Professionale	44
003	Ruolo Tecnico	293
004	Ruolo Amministrativo	308
005	Ruolo Sanitario	1628
009	Religiosi	7

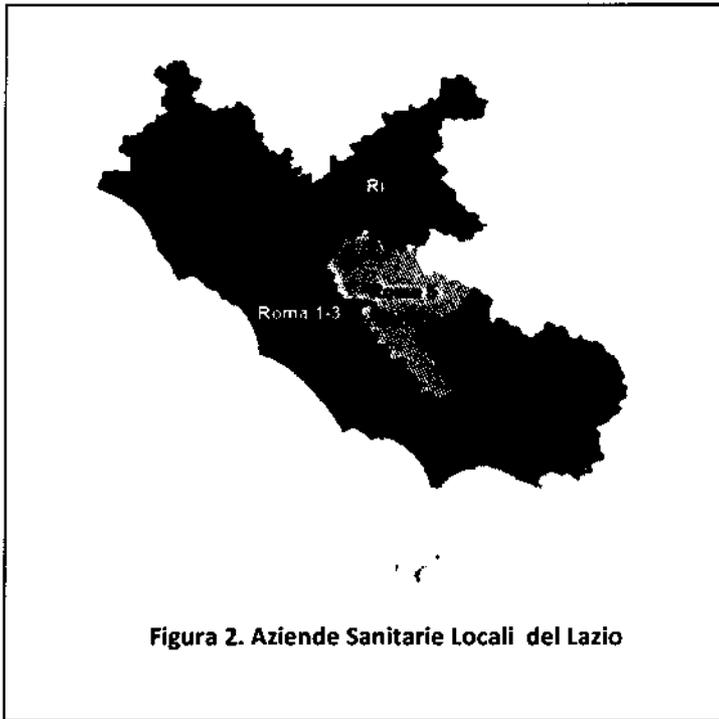
Periodicamente, sulla base delle modalità previste dalla vigente normativa, l'Azienda provvede a rideterminare il fabbisogno occorrente per il funzionamento ottimale dei servizi e per il raggiungimento degli obiettivi, tenuto conto dell'assetto organizzativo previsto e della programmazione pluriennale, nonché dei soggetti accreditati presenti sul proprio territorio.

4.2 Contesto esterno

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si estende per 1.813,7 Km² e comprende 70 comuni con una popolazione pari a 502.143 abitanti (31.12.2019).

Il territorio della ASL Roma 5 all'interno della Regione Lazio e la sua articolazione organizzativa sono rappresentate nelle figure 1 e 2.





Sotto il profilo organizzativo la Asl Roma 5 si articola in sei **Distretti** territoriali, **cinque Ospedali** (Monterotondo, Tivoli, Subiaco, Palestrina e Colferro), due Case della Salute (Palombara Sabina e Zagarolo):

G1: Monterotondo-Mentana, con 3 Comuni.

G2: Guidonia-Montecelio, con 9 Comuni.

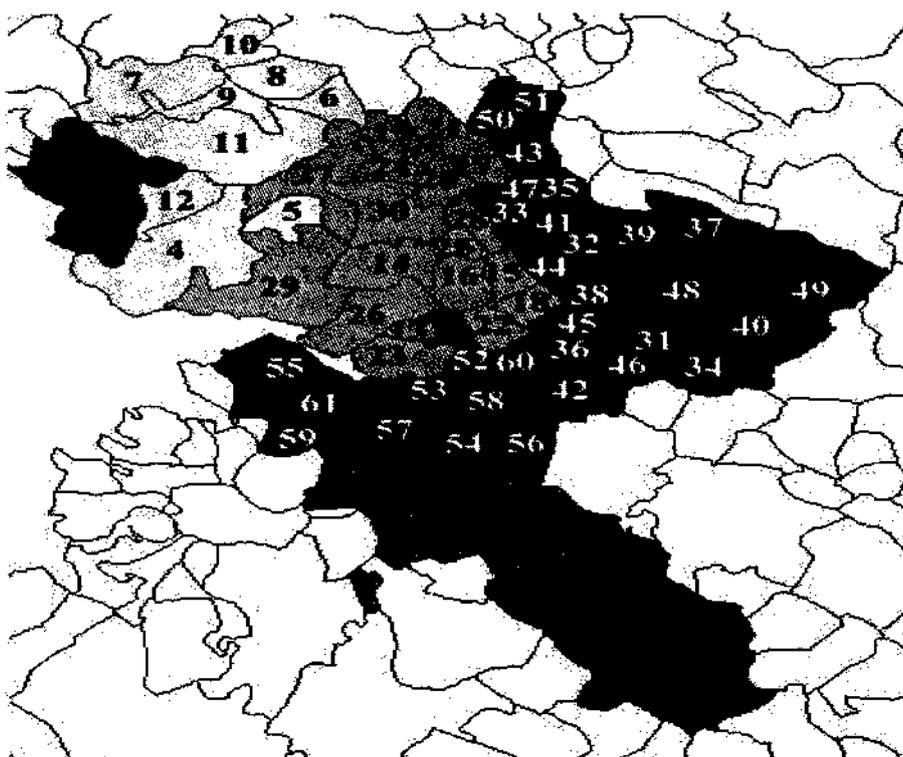
G3: Tivoli, con 18 Comuni.

G4: Subiaco, con 21 Comuni.

G5: Palestrina, con 10 Comuni.

G6: Colferro, con 9 Comuni.

L'organizzazione aziendale è data da



1 Fonte Nuova, **2** Mentana, **3** Monterotondo, **4** Guidonia Montecelio, **5** Marcellina, **6** Monteflavio, **7** Montelibretti, **8** Montorio Romano, **9** Moricone, **10** Nerola, **11** Palombara Sabina, **12** Sant'Angelo Romano, **13** Casape, **14** Castel Madama, **15** Cerreto Laziale, **16** Ciciliano, **17** Cineto Romano, **18** Gerano, **19** Licenza, **20** Mandela, **21** Percile, **22** Pisoniano, **23** Poli, **24** Roccagiovine, **25** Sambuci, **26** San Gregorio da Sassola, **27** San Polo dei Cavalieri, **28** Saracinesco, **29** Tivoli, **30** Vicovaro, **31** Affile, **32** Agosta, **33** Anticoli Corrado, **34** Arcinazzo Romano, **35** Arsoli, **36** Bellegra, **37** Camerata Nuova, **38** Canterano, **39** Cervara di Roma, **40** Jenne, **41** Marano Equo, **42** Olevano Romano, **43** Riofreddo, **44** Rocca Canterano, **45** Rocca Santo Stefano, **46** Roiate, **47** Roviano, **48** Subiaco, **49** Vallepietra, **50** Vallinfrada, **51** Vivaro Romano, **52** Capranica Prenestina, **53** Castel San Pietro Romano, **54** Cave, **55** Galliciano nel Lazio, **56** Genazzano, **57** Palestrina, **58** Rocca di Cave, **59** San Cesareo, **60** San Vito Romano, **61** Zagarolo, **62** Artena, **63** Carpineto Romano, **64** Colferro, **65** Gavignano, **66** Gorga, **67** Labico, **68** Montelanico, **69** Segni, **70** Valmontone.

5. Mandato istituzionale e missione

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 promuove la salute nel proprio territorio sulla base dei dati epidemiologici rilevati sulla popolazione residente e, sulla base dei suoi bisogni, eroga servizi sanitari di diagnosi e cura in regime domiciliare, in regime ambulatoriale e di ricovero ospedaliero.

Per il raggiungimento dei fini assegnati, l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 si avvale delle proprie strutture gestite direttamente, nonché delle strutture private accreditate con la Regione Lazio nei limiti della programmazione pluriennale ASL.

L'Azienda riconosce la necessità di perseguire alcuni obiettivi che richiedono elasticità nella gestione del servizio, rapidità e sensibilità nel cogliere i nuovi bisogni emergenti della popolazione, con conseguente rapidità nel cambiamento delle modalità e caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

L'Azienda, in linea con le indicazioni della Regione Lazio, si trova al centro come protagonista della strategia di riequilibrio dell'offerta del sistema sanitario regionale e pertanto opera, già con questo Atto Aziendale, una riprogrammazione dei livelli assistenziali potenziando, anche con nuove strutture, l'offerta territoriale e razionalizzando nel contempo quella ospedaliera rimodulandone i vari presidi ospedalieri.

Al centro dell'attività dell'Azienda si colloca la persona con i suoi bisogni di salute nei cui confronti si svolgono tutte le pratiche di medicina preventiva, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative finalizzate al benessere bio-psicofisico, nella logica della presa in carico del paziente finalizzata ad una valutazione personalizzata delle condizioni di salute.

Visti i complessi meccanismi che regolano l'ordinamento sociale, l'azienda indirizza la propria attività in modo da colmare le iniquità nell'accesso e le disparità nell'offerta dei servizi, compensando in tal modo tali differenze e raggiungendo la complessità della domanda di salute lì dove origina e garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

In particolare l'Azienda Sanitaria Locale Roma 5:

- applica protocolli di prevenzione, diagnostici, terapeutici e riabilitativi nonché procedure sanitarie, assistenziali ed amministrative efficaci, efficienti ed appropriate;
- ricerca modalità di gestione della salute secondo programmi individuali per pazienti che necessitano di interventi preventivi, specialistici o di tipo riabilitativo;
- collabora con i cittadini affinché si possa trovare una risposta qualificata ai loro bisogni sanitari, anche nei casi in cui non possa intervenire direttamente;
- opera per mantenere o restituire all'assistito la migliore qualità di vita possibile;
- sviluppa e modula i propri sistemi di miglioramento continuo dell'offerta sanitaria a partire dall'analisi del bisogno sanitario locale, nel rispetto delle indicazioni regionali, dell'analisi delle attività e delle indicazioni dei cittadini e degli operatori sanitari;
- sviluppa i propri sistemi informativi anche con mezzi informatici, al fine di favorire l'approccio del cittadino al sistema delle prestazioni sanitarie e sociali secondo la più

concreta applicazione delle tecnologie elettroniche-informatiche: principio della trasparenza.

6. Le risorse finanziarie

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per il compimento della propria "missione" appaiono fondamentali per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza.

Esse derivano, principalmente, dalle assegnazioni effettuate dal Fondo Sanitario regionale, sulla base della cosiddetta " quota capitaria", mentre una piccola quota deriva dal Fondo Sanitario Nazionale.

L'Azienda, come per gli altri anni, utilizzerà, per il triennio economico 2019-2021, gli schemi del Conto Economico (modelli CE) previsti dal Ministero della salute (D.M. 11 Febbraio 002), in cui si espongono in termini presuntivi i valori della produzione e dei costi della produzione, fermo restando che si avrà cura di rispettare eventuali nuove indicazioni, nonché nuovi modelli, che dovessero essere forniti da parte del Ministero della Salute.

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 elaborerà, seguendo la tempistica e le indicazioni regionali, il proprio previsionale perseguendo l'obiettivo di ottimizzare le risorse a disposizione e ridurre al massimo i costi cercando comunque di assicurare livelli di produzione quantitativamente e qualitativamente accettabili. Il Bilancio di Previsione ed il Budget per centri ordinatori di spesa (2019) saranno da considerarsi quali necessari atti collegati al presente Piano dopo la loro approvazione.

7. Albero della Performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami fra **mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni**. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Infatti le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli outcome perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative (Allegato 1).

8.Gli obiettivi strategici

Al fine di garantire l'integrazione tra gli strumenti programmatori e, quindi, il collegamento tra *performance*, programmazione economico-finanziaria e di bilancio, processo di *budget*, processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, alla integrità e in generale alla prevenzione della corruzione (*Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*), gli obiettivi e gli indicatori sono costruiti in modo tale da facilitare l'integrazione tra i diversi piani e la massimizzazione del raggiungimento delle loro finalità meglio declinate nella stesura degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale.

A) AREA GOVERNO CLINICO

A1 – Miglioramento dell'accessibilità delle cure e presa in carico

A2 – Miglioramento della qualità dell’assistenza ed esiti degli interventi

A3- Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale

B) AREA GOVERNO ECONOMICO

B1- Contenimento dei costi diretti e indiretti

C) AREA GOVERNO DELL’ORGANIZZAZIONE

C1 – Contributo alla riorganizzazione aziendale

C2 – partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini anticorruzione e trasparenza

C3 – miglioramento dell’accessibilità ai servizi

C4 – ottimizzazione della produttività specifica e dell’innovazione tecnologica

C5 – miglioramento della puntualità delle prestazioni

9. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

(Allegato 2).

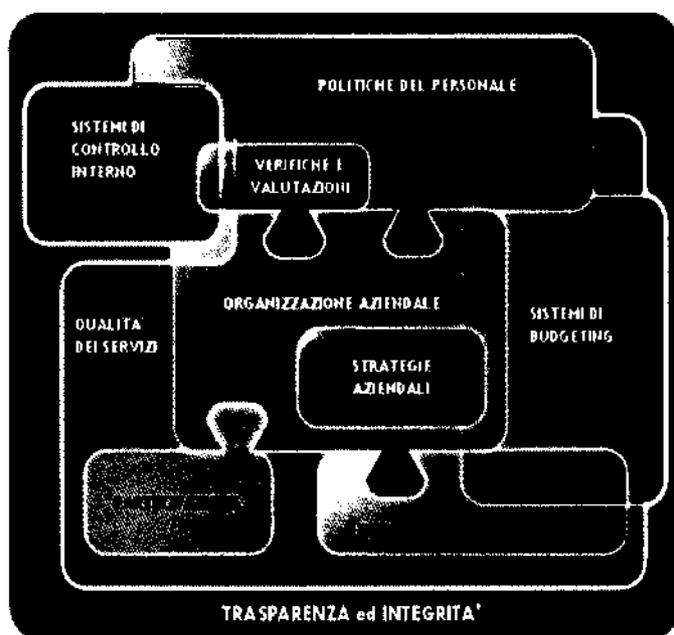
10. Il processo seguito per la realizzazione del Ciclo di gestione per la Valutazione delle Performance

Il Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati, introdotto dal **D.Lgs 150/2009**, recepito a livello regionale dalla **L.R. n.1/2011**, adottato dall’Azienda con deliberazione n. 397 del 4.5.2012 ed in fase di revisione e di adozione, costituisce l’insieme, coerente ed esaustivo della metodologie, modalità ed azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione della performance, poste in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nel processo e la cui attuazione consente all’Azienda di pervenire, in modo sistemico, a misurare e valutare i risultati organizzativi ed individuali, rendendone quindi conto ai propri portatori d’interesse.

La performance rappresenta infatti il contributo prestato da ciascuna equipe organizzata o singola professionalità dell’Azienda per il conseguimento delle finalità aziendali, quindi per la soddisfazione dei fabbisogni di salute per i quali l’organizzazione stessa è costituita. In considerazione sia dell’ampiezza che della profondità del concetto di “performance”, l’Azienda programma, monitora, misura, valuta e porta a conoscenza i propri risultati, in riferimento alla complessità del proprio modello organizzativo ed in relazione ai diversi livelli di governo aziendale (azienda, macrostrutture/aree, unità operative, gruppi/linee di attività, singoli individui). Con l’attuazione di tale logica, l’Azienda è in grado di misurare e rendere pubblica e trasparente l’efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (*accountability*), introducendo fra l’altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di responsabilizzazione ed orientamento delle proprie professionalità, dunque opportune politiche del personale.

Il Sistema adottato dall’Azienda Sanitaria Locale Roma 5, costituendo di fatto la sintesi dei contenuti aziendali di programmazione ed orientamento nel percorso di conseguimento della propria *mission*, in linea con la logica del c.d. “albero delle performance”, prevede:

- la chiara individuazione delle strategie aziendali cui tutta l'organizzazione è chiamata a far riferimento;
 - l'attuazione del ciclo annuale di gestione della performance, declinando le suddette strategie in obiettivi operativi ed individuando il puntuale coinvolgimento dei singoli Centri di Responsabilità aziendali (sistema di budgeting);
 - l'analisi e la valorizzazione degli apporti individuali in relazione al contributo assicurato per il conseguimento dei suddetti risultati organizzativi;
 - l'attuazione del Sistema secondo principi di trasparenza, pari opportunità, responsabilizzazione e valorizzazione delle singole professionalità.
- In considerazione delle suddette finalità e di quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, la ASL Roma 5 prevede un sistema integrato, che si articola di



fatto in sottosistemi aziendali, direttamente o indirettamente correlati alla gestione dei diversi livelli di performance.

Vengono inoltre individuati i soggetti coinvolti ed i relativi livelli di responsabilità, elementi oggetto di sistematica valutazione secondo opportuni e trasparenti percorsi aziendali.

Fanno quindi riferimento al Sistema di misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati i seguenti sottosistemi e funzioni, ciascuno dei quali disciplinato da apposita regolamentazione aziendale.

ORGANISMI E FUNZIONI:

- **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).**
- **Struttura Tecnica Permanente (STP).**

SOTTOSISTEMI E DOCUMENTI CHE COMPONGONO IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- **Piano della performance.**

- Sistema di gestione della Performance organizzativa (sistema di budgeting).
- Sistema di gestione della Performance individuale (e correlato sistema di incentivazione del personale).
- Relazione annuale sulla prestazione e sui risultati.

SISTEMI CORRELATI AL SISTEMA DI GESTIONE DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI:

- Sistema di valutazione permanente degli incarichi.
- Piano triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza.

10.1 Il Ciclo di gestione delle performance.

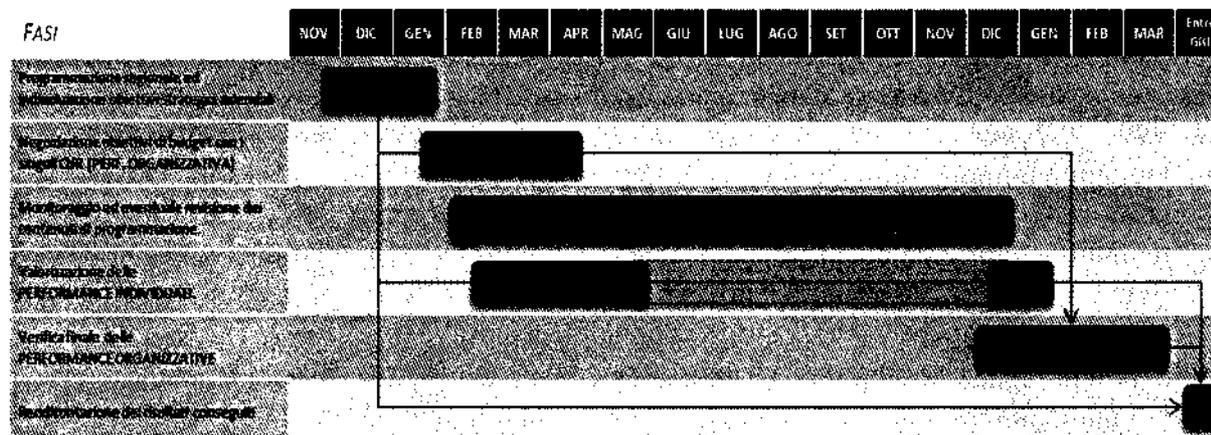
Se il Sistema di gestione delle performance rappresenta la capacità della ASL Roma 5 di programmare e render conto della propria azione, l'effettiva messa in atto delle procedure annuali di misurazione e valutazione dei risultati (organizzativi ed individuali) si svolge secondo uno schema logico-temporale, il c.d. ciclo di gestione delle performance, che prevede le seguenti fasi:



- individuazione delle aree e degli obiettivi strategici da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria *vision*, in recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale;
- attivazione del processo annuale di budgeting, con la definizione ed assegnazione degli obiettivi operativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, oltre all'allocazione delle risorse disponibili;

- monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa;
- misurazione e valutazione delle performance conseguite nell'esercizio e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organismi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Il timing annuale delle diverse fasi del Ciclo di gestione delle performance già attivato dalla ASL Roma 5, pur condizionabile da fattori "esterni" al governo aziendale, una volta messo a regime è rappresentabile nel seguente cronogramma.



- Obiettivi strategici
- Obiettivi operativi
- Apporti individuali

Facendo riferimento alle diverse dimensioni della performance (strategica, organizzativa ed individuale), la ASL Roma 5 dà attuazione al proprio Ciclo di gestione delle performance facendo riferimento alla logica del c.d. "albero della performance".

Secondo tale impostazione, vengono chiaramente rappresentati i legami fra **gli obiettivi strategici, gli obiettivi a carattere operativo ed i correlati apporti individuali**, fornendo in tal modo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata dei risultati aziendali.

Gli ambiti di programmazione a carattere strategico, ovviamente, forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall'Azienda, generalmente attraverso un coinvolgimento di tipo trasversale rispetto agli ambiti delineati dall'organigramma, quindi coinvolgendo diverse aree in forma integrata e necessariamente coordinata.

L'attuazione del Ciclo della performance attraverso tale logica, oltre a assicurare la Direzione strategica circa il confluire dei risultati organizzativi ed individuali verso il perseguimento delle proprie strategie, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

10.2 La definizione delle strategie aziendali.

La *vision* direzionale deriva dalla normativa nazionale di riferimento e dalle linee di indirizzo strategico dettate dalla Regione Lazio ed annualmente la Direzione della ASL Roma 5 valuta l'opportunità di riconsiderare i propri indirizzi strategici alla luce delle suddette fonti.

Previa analisi del contesto esterno ed interno di riferimento, quindi delle opportunità, minacce, punti di forza e di debolezza, oltre che delle risorse effettivamente disponibili e degli impegni economico-finanziari assunti nei confronti della Regione Lazio, all'inizio di ciascun esercizio possono essere quindi ricalibrati gli obiettivi strategici triennali, quale presupposto per attivare il percorso annuale di budgeting operativo e le dinamiche correlate alle performance individuali.

I contenuti di analisi sopra richiamati vengono annualmente elaborati ed aggiornati nel *Piano della performance*, documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, oltre a definire gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda e gli obiettivi assegnati al personale con i relativi indicatori.

10.3 Il sistema di gestione della performance organizzativa (sistema di budgeting).

Il sistema di programmazione e controllo della performance organizzativa deriva logicamente i propri contenuti dalle linee strategiche direzionali e, in linea con quanto disposto dall'ANAC (ex CIVIT) con Delib. n. 89/2010, orienta il proprio focus, in termini di processi, risultati, *input*, *output* ed *outcome*, verso i seguenti ambiti di valutazione dei risultati:

- attuazione delle politiche riferite alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli *standard* qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Il Sistema, attraverso l'attuazione delle logiche di budgeting riferite ad ogni Centro di Responsabilità (CdR), mira a perseguire i livelli di efficienza ed efficacia sintetizzate nelle strategie aziendali, oltre a responsabilizzare, secondo opportuni livelli, il personale afferente ai diversi ambiti organizzativi.

Per la gestione del proprio sistema di budgeting la ASL Roma 5 ha come modello di riferimento la c.d. "*Balanced ScoreCard*" (BSC) in modalità adattata al contesto no-profit dell'organizzazione e finalizzata ad un miglioramento continuo dei processi. Con la BSC l'Azienda ha adottato una visione programmatoria multidimensionale che risulta particolarmente efficace nella misurazione e valutazione dell'attività di un'Azienda del servizio sanitario.

Il **processo annuale di budgeting** prende formalmente avvio con la trasmissione delle relative linee di indirizzo a tutti i Direttori di Dipartimento/UOC/UOSD da parte della Direzione strategica aziendale, contenuti verso cui dovrà convergere, in modo integrato, l'impegno operativo di tutta l'organizzazione (strutture e singole professionalità) nell'anno di riferimento.

La Direzione strategica ASL Roma 5 coinvolge tutti i Dirigenti titolari di struttura (CdR) nell'analisi della programmazione da sviluppare in considerazione del contesto e delle risorse effettivamente disponibili. In considerazione di tale passaggio, anche tutto il restante personale dell'Azienda è chiamato a far riferimento ad un'unica matrice organizzativa, all'interno della quale sono individuati gli specifici obiettivi operativi e i relativi indicatori di risultato.

In riferimento a ciascun CdR, sono previsti i seguenti documenti di budgeting:

- analisi di contesto (SWOT);
- report sulla numerosità e tipologia delle risorse umane e strumentali assegnate;
- report riferito ai dati storici di attività e di costo;
- indicazione degli obiettivi strategici di riferimento;
- scheda indicante gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori di risultato;
- piano operativo di budget;
- verbale di negoziazione.

Le schede di budget dei CdR, insieme a quelle riferite ai più complessivi obiettivi strategici, sono annualmente allegate al Piano triennale delle performance.

Oltre alle debite operazioni di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi in corso d'anno, a partire dal mese di dicembre l'Azienda attiva i percorsi di **verifica dei definitivi risultati di budget conseguiti nell'esercizio**. Le funzioni integrate della STP acquisiscono ed elaborano le informazioni derivanti dai flussi informativi aziendali, dalle relazioni annuali prodotte dai singoli CdR, oltre che dall'ulteriore documentazione utile ad esaminare le prestazioni conseguite dalle singole strutture nell'anno di riferimento.

L'istruttoria derivante da tale fase, ove opportuno può essere trasmessa ai rispettivi titolari di CdR, i quali hanno la possibilità di integrare i suddetti contenuti con debite osservazioni e puntualizzazioni.

Il percorso si conclude con la trasmissione dell'istruttoria così completata all'OIV, ai fini del perfezionamento delle verifiche di propria competenza.

Tenuto presente il Piano triennale delle prestazioni e dei risultati ed in considerazione delle performance annuali verificate, l'Azienda entro il mese di giugno predispone la **Relazione annuale della performance** riferita all'esercizio precedente, documento in cui vengono evidenziati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati, quindi il grado di conseguimento delle strategie pluriennali, oltre all'analisi delle opportunità e degli elementi di criticità evidenziatesi nell'esercizio.

La Relazione, analizzata e validata dall'OIV, viene quindi portata a conoscenza degli *stakeholders* aziendali nelle forme previste dalla ASL Roma 5 in termini di trasparenza; inoltre, impostata in tale forma, la Relazione annuale rappresenta il logico punto di riferimento per procedere ad eventuali aggiornamenti del Piano triennale della prestazione e dei risultati.

10.4 Il sistema di gestione della performance individuale.

Sempre in linea con il modello dell'albero della performance, la programmazione e verifica della performance individuale è necessariamente collegata alla dimensione della performance organizzativa, quale contributo organizzato dei singoli dipendenti ai fini del conseguimento dei risultati d'equipe. A tal proposito la ASL Roma 5, nel rispetto dei debiti passaggi di contrattazione integrativa, ha disciplinato in appositi protocolli applicativi la metodologia di analisi delle performance individuali effettivamente prestate e le correlate modalità di calcolo degli incentivi individuali.

L'OIV monitora costantemente la validità della metodologia adottata, nonché la corretta applicazione della stessa in corso d'anno.

A partire, quindi, dai contenuti di programmazione operativa risultanti dal processo di budgeting, l'Azienda, ai fini della massima trasparenza e partecipazione, richiede ai propri direttori di CdR, nonché alle Posizioni Organizzative ed alle Funzioni di Coordinamento del Comparto, di attivare momenti di informazione nei confronti dei rispettivi collaboratori. In tale fase tutto il personale viene coinvolto nel conseguimento degli obiettivi di struttura, procedendo all'analisi delle modalità attraverso cui organizzare i necessari apporti individuali (qualitativi e quantitativi).

In relazione a ciò, vengono individuati e condivisi i criteri che risulteranno alla base della valorizzazione delle performance individuali, esplicitando per ciascuno di questi il significato oggettivabile del livello di apporto individuale in una scala a cinque livelli.

Al termine dell'esercizio il relativo responsabile è chiamato a compilare le schede di valorizzazione individuale con il coinvolgimento del personale interessato, per poi trasmettere le stesse agli uffici amministrativi per i successivi adempimenti legati al calcolo degli incentivi.

Alla luce della complessità del modello organizzativo aziendale, nel calcolo degli incentivi sono tenuti in debita considerazione anche i diversi livelli di responsabilizzazione nel conseguimento degli obiettivi.

Il sistema di calcolo è inoltre impostato secondo un'analisi di tipo multidimensionale, che tiene in considerazione i diversi elementi d'analisi in chiave moltiplicativa, quindi riuscendo a valorizzare il merito individuale sia in base alla quantità del servizio prestato, che in considerazione della qualità dei suoi contenuti.

10.5 I sistemi aziendali correlati al governo della performance.

- Il sistema di valutazione permanente del personale.

In applicazione di quanto previsto dai Contratti nazionali della Sanità, la ASL Roma 5 ha adottato con apposita regolamentazione i sistemi di valutazione permanente per la conferma o meno degli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e di funzione di coordinamento.

Tali sistemi recepiscono le informazioni relative alle performance organizzative ed individuali ed integrano le stesse per procedere ad un'analisi complessiva del ruolo svolto dal personale in questione, sia in termini di professionalità dei comportamenti che di capacità gestionali/organizzative dimostrate nello svolgimento del proprio incarico.

A tal fine ed in considerazione delle caratteristiche proprie di tale valutazione permanente, vengono previste valutazioni di prima istanza da parte dei diretti superiori del valutato, e valutazioni di seconda istanza, gestionali e professionali, affidate rispettivamente all'OIV ed ai relativi Collegi tecnici. Le risultanze definitive delle valutazioni in questione (valutazione positiva o negativa) vengono annotate nel fascicolo personale di ciascun dipendente e concorrono alle dinamiche di carriera degli interessati.

Anche in merito a tale sistema, si prevede il coinvolgimento della STP, con particolare riferimento all'area Risorse Umane, a supporto delle attività di seconda istanza.

- Gestione della trasparenza.

L'attuazione del principio della trasparenza, di fatto, rappresenta l'impegno di un'organizzazione nel render conto, sia all'interno che all'esterno della stessa, circa le modalità di gestione delle risorse disponibili ed i risultati conseguiti.

In considerazione di quanto previsto dalla vigente normativa di riferimento, che qualifica il principio della trasparenza come livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche, la ASL Roma 5 adotta un **Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione e della**

Trasparenza, strumento attraverso il quale l'Amministrazione, rendendo conoscibili i livelli di performance conseguiti, intende responsabilizzarsi nei confronti dei propri *stakeholders*.

Il Programma, oltre ad attivare un costante osservatorio dei livelli di efficacia ed efficienza dell'attività dell'Azienda, prevede una serie di iniziative per la conoscibilità dei suoi stessi contenuti, quindi per garantire un opportuno livello di trasparenza, legalità e sviluppo della cultura della responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il Programma precisa i compiti e le funzioni dei "responsabili della trasparenza", prevede una sistematizzazione complessiva dei principali vigenti obblighi di pubblicazione, introducendone anche di nuovi, disciplina l'istituto dell'accesso civico, implementa il sistema dei controlli e delle sanzioni sull'attuazione delle norme in materia di trasparenza.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre a costituire un livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura delle regole, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi, indica le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili dei vari uffici/strutture.

Le misure previste nel Programma sono inoltre coordinate con gli interventi previsti nel **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, del quale il Programma stesso, costituisce parte integrante e sostanziale.

Gli obiettivi ivi contenuti sono, altresì, formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa definita nel Piano triennale delle performance e negli altri documenti di programmazione.

10.6 Azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della prestazione e dei risultati.

La gestione del Ciclo della performance prevede un continuo monitoraggio di tutti gli ambiti e fasi che lo compongono; a tal proposito l'OIV, con il supporto della STP, oltre ad accertare della corretta applicazione dei relativi sottosistemi, ove ne ravveda l'opportunità, può sottoporre all'attenzione della Direzione aziendale la necessità di procedere ad interventi correttivi o migliorativi, riferendoci in particolare ai seguenti elementi:

- tempistica delle diverse procedure di programmazione e controllo;
- oggettività, trasparenza ed equità dei contenuti di programmazione;
- tipologia degli strumenti di programmazione, con particolare riferimento alle schede di budget;
- qualità e tempestività dei flussi informativi aziendali e della connessa reportistica;
- cultura diffusa in ambito aziendale circa la corretta gestione della performance in sanità;
- funzioni svolte dai diversi soggetti coinvolti nella gestione delle performance.

11. Il Coinvolgimento degli Stakeholder

In coerenza con le "Linea guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance" (Delibera n° 1 del 2012 della CIVIT), l'ASL Roma 5 prevede un sempre più ampio coinvolgimento degli stakeholder nelle varie fasi del ciclo stesso. Per quanto riguarda quelli esterni, l'Azienda tiene conto non solo delle segnalazioni dei cittadini all'URP, ma anche delle iniziative organizzate dalle Associazioni presenti nel proprio territorio.

12. Iniziative aziendali per promuovere la Trasparenza

12.1 Sito web aziendale

Negli ultimi anni è fortemente cresciuta l'esigenza di trasformare le potenzialità dell'innovazione tecnologica in maggiore efficienza, efficacia e soddisfazione dei cittadini.

La struttura intuitiva e funzionale del portale internet aziendale della ASL Roma 5 (www.aslromag5.it) e il suo continuo aggiornamento mirano ad ampliare e migliorare l'offerta dei servizi e delle informazioni rivolte al cittadino-utente, ispirandosi ai principi dell'Amministrazione digitale e delle relative recenti disposizioni normative.

Attraverso il sito internet istituzionale l'ASL Roma 5, a norma dell'art. 11 del DLgs 150/2009, intende garantire la massima trasparenza nei confronti della propria utenza attraverso l'accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

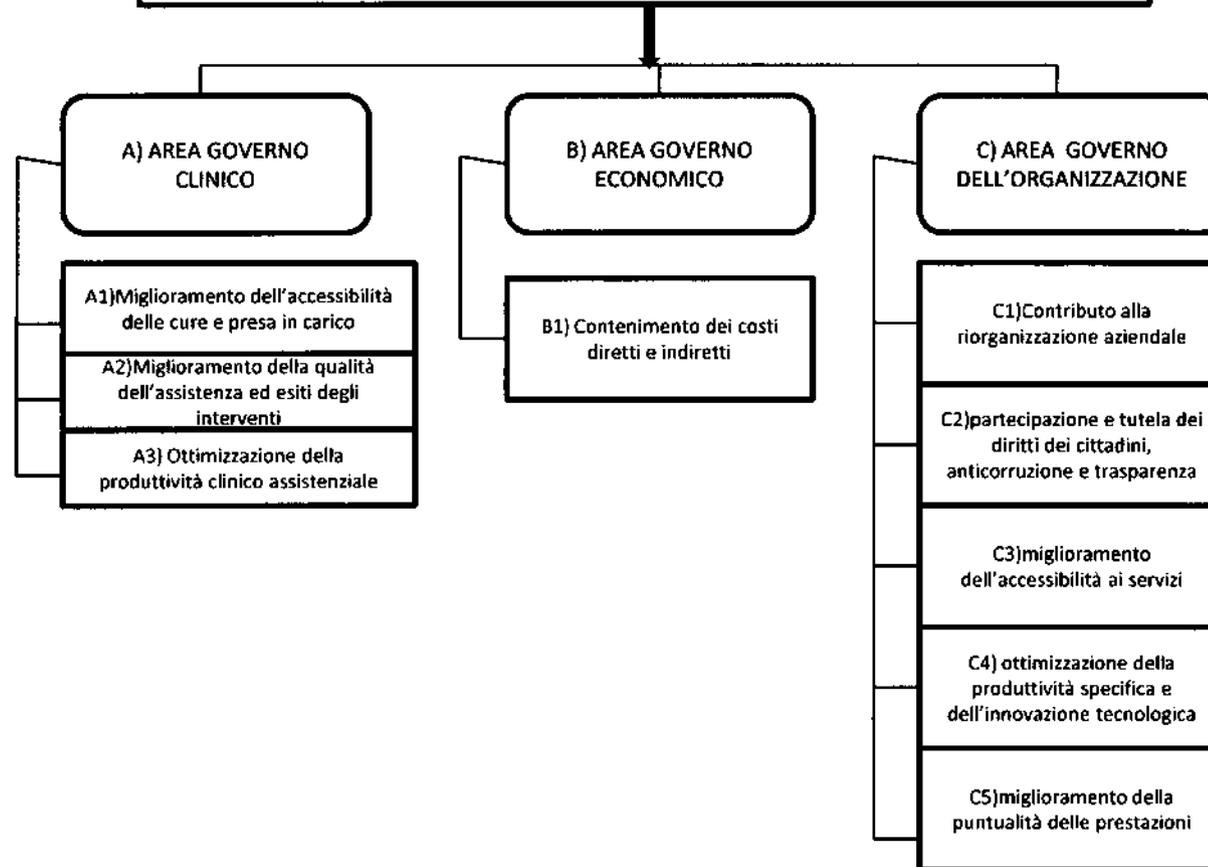
Il Portale www.aslromag.it rappresenta specularmente tutti i servizi presenti nella Asl Roma 5, eroga informazioni contribuendo, grazie alla rete costruita nel tempo, ad avvicinarsi e ad interagire con il cittadino-utente distribuito sul vasto territorio della Asl Roma 5.

I requisiti di fruibilità ed accessibilità, totalmente presenti, sono in continua via di perfezionamento, così come l'interazione con il cittadino-utente.

Oltre ad una sezione dedicata alle domande più frequenti (Come fare per...), un Team di Operatori dell'URP risponde quotidianamente a tutte le richieste inoltrate a mezzo Forum e alle schede per le segnalazioni, dove l'utente può compilare questionari di valutazione delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere ed inoltre esprimere suggerimenti, osservazioni, e presentare reclami per eventuali disservizi. La modulistica, facilmente reperibile, è divisa in sezioni ed è compilabile on line tramite moduli in formato accessibile, utilizzando standard certificati e diffusi.

Albero della Performance Piano 2020-2022

MISSIONE



AREA STRATEGICA	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO
A) AREA GOVERNO CLINICO	A1) MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITA' DELLE CURE E PRESA IN CARICO	Recuperare DRG Ord. + DH ed attività ambulatoriale
		Facilitare l'accesso al regime APA
		Incrementare i servizi verso gli utenti interni e esterni e migliorarne l'accesso
		potenziare l'attività ambulatoriale e favorire la corretta gestione delle agende per la piena disponibilità RECUP
		Migliorare l'accesso dei pazienti ricoverati / ambulatoriali
		promuovere la sanità di iniziativa e i PDTA per la presa in carico delle persone con patologia cronica
		potenziare gli orari di apertura
		Facilitare l'accesso ai servizi
		orientare e promuovere la salute e l'offerta formativa
	A2) MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA ED ESITI DEGLI INTERVENTI	potenziare 1° Ciclo di cure farmaci a degenti dimessi
		Potenziare la qualità dell'assistenza durante l'accesso ospedaliero
		potenziare l'attivazione della continuità assistenziale a domicilio e con strutture accreditate di lunga assistenza
		adottare e applicare raccomandazioni e linee guida
		valorizzare le risorse attraverso strumenti di programmazione
		personalizzare e umanizzare l'assistenza
		assicurare le corrette procedure per la sicurezza del paziente
		facilitare i Percorsi
		migliorare le prestazioni
monitorare le infezioni correlate all'assistenza		
definire percorsi di cura/ PDTA		
	potenziare le attività	

Allegato B

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO
<p>B) AREA GOVERNO ECONOMICO</p>	<p>B1) CONTENIMENTO DEI COSTI DIRETTI ED INDIRETTI</p>	
		<p>Ottimizzare l'impiego delle risorse (Umane/Strum./Beni sanitari)</p>
		<p>favorire l'appropriatezza farmaceutica contenere la spesa</p>
		<p>ottimizzare gli inserimenti presso le strutture controllare i flussi di spesa organizzati per centri di responsabilità, per ottimizzare le risorse assegnate</p>
		<p>razionalizzare la spesa attraverso la rimodulazione/rinegoziazione dei contratti attivare il processo per la gestione della spesa nell'ambito del budget 2019 (attivazione fasi ciclo passivo)</p>

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVO SPECIFICO
C) AREA GOVERNO DELL'ORGANIZZAZIONE	C1) CONTRIBUTO ALLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE	Adottare idonei protocolli assistenziali /organizzativi
		reingegnerizzare i percorsi e i servizi
		riorganizzare gli spazi a disposizione in rapporto al variato volume di lavoro delle unità operative
		potenziare la comunicazione e informazione
		riorganizzare i processi e migliorare i
		controlli ed i monitoraggi sul personale
		migliorare l'immagine aziendale
	C2) PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	riorganizzare le attività secondo il ciclo del
		passivo
		mettere in esercizio i moduli di Business
		Intelligence
		programmare eventi formativi a supporto
		della diffusione della cultura della
		prevenzione della corruzione
		monitorare attività poste in essere per
		attuazione del Piano anticorruzione:
		anomalie accertate ed azioni correttive
		attivate
		linee guida/regolamento per la
		composizione di commissioni interne
linee guida che limitino il ricorso al criterio		
OEPV in caso di affidamento di beni e servizi		
standardizzati.		
elaborare rapporti periodici che sintetizzino		
l'andamento del contratto rispetto a tempi,		
costi e modalità preventive.		
linee guida per il contenimento dei costi di		
assistenza protesica		
monitorare appropriatezza prescrittiva		
farmaci		
Definire un regolamento per		
l'individuazione beni immobile e/o		
definizione delle condizioni di acquisto e		
locazione.		
regolamentare l'utilizzo del patrimonio		
immobiliare e mobiliare.		
monitorare il fuori uso		
proceduralizzare le verifiche a campione sulla		
presenza.		
applicare regolamento in uso sulle attività		
conseguenti al decesso in ambito		
intraospedaliero		
diffondere le informazioni e i contenuti		
dell'Azione dell'Azienda a dipendenti e		
stakeholder		
ottimizzare la gestione dei reclami		
applicare normativa su attività successiva		
alla cessazione del rapporto di lavoro		
(pantouflage-revolving doors)		
applicare normativa patti di integrità negli		
affidamenti		

	Incrementare la produzione verso gli utenti esterni
	Sviluppare e realizzare percorsi formativi per il potenziamento delle competenze sui modelli organizzativi
	aggiornare le informazioni sui servizi e le relative attività amministrative
	Efficientare le attività di liquidazione
	Semplificare i processi amministrativi per i dipendenti attraverso l'utilizzo di strumenti informatici
	implementare l'offerta per i dipendenti di strumenti di supporto distribuiti tramite piattaforma intranet
	Ridurre i tempi di pagamento
	Fornire servizi amministrativi di alto standard qualitativo (Scadenze e tempi consegna)
	abbattere i tempi di risoluzione delle chiamate pervenute al servizio di assistenza tecnologica per gli utenti esterni
	Elaborare indicatori di bilancio
	Incrementare l'attività riducendo gli arretrati con il ricorso alla modernizzazione informatica
	incrementare il livello di automazione dei processi amministrativi anche trasversali tra Strutture
	Programmare gli interventi inseriti nella terza fase dell'art.20 L.67/88
<p>(5) MIGLIORAMENTO DELLA PUNTUALITA' DELLE PRESTAZIONI</p>	