



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ARES
118**



**REGIONE
LAZIO**

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE Anno 2017



**AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA
- ARES 118 -**

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE.....	3
2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	3
2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	3
2.2 IL CONTESTO INTERNO DI RIFERIMENTO.....	5
L'AMMINISTRAZIONE.....	5
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI.....	16
2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'	23
3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	25
3.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	26
3.2 OBIETTIVI STRATEGICI.....	27
3.3 OBIETTIVI OPERATIVI.....	30
3.4 GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI.....	30
3.5 RISULTATI SU TRASPARENZA, INTEGRITA' E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	36
3.6 PERFORMANCE INDIVIDUALE	37
4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'	41
5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	43
5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'	43
5.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	43

Redatto a cura di:
U.O.D. Controllo di Gestione

1. INTRODUZIONE

Il Ciclo di Gestione della Performance Anno 2017 attuato nell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria – ARES 118 - è stato sviluppato nel rispetto dei vincoli di Bilancio e delle direttive regionali e nazionali di riferimento, mantenendo i livelli essenziali di assistenza e perseguendo la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

Il Ciclo di Gestione della Performance Anno 2017 si è realizzato in un contesto regionale le cui scelte sono state dettate dal Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, dai Piani Operativi della Regione Lazio 2016 – 2018 e del D.C.A. 6 giugno 2017, n. U00214 di assegnazione degli obiettivi 2016 – 2017 ai Direttori Generali delle Aziende del SSR. A ciò si devono aggiungere gli indirizzi generali derivanti dal quadro normativo nazionale di riferimento, quali la Legge 11 dicembre 2016, n. 232 concernente la Legge di Stabilità 2017 e il D.Lgs. n. 97/2016, il D. Lgs. n. 33/2013 e la Legge n. 190/2013, relativi alle norme anticorruzione, il D.Lgs. n. 95/2012 convertito con modificazioni nella Legge n. 135/2012 (c.d. "Spending Review"), il D. Lgs. n. 158/2012 convertito in Legge n. 189/2012 (c.d. Decreto "Balduzzi"), contenenti disposizioni urgenti a tutela della salute e il D. Lgs. n. 118/2011 relativo ai sistemi contabili e agli schemi di bilancio, hanno determinato un profondo processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale volto al recupero di efficienza dell'intero sistema e al contenimento della spesa sanitaria con salvaguardia dei livelli prestazionali.

Alla luce di tutto ciò, l'Azienda ha proseguito i percorsi già attuati, consolidando la performance raggiunta negli anni precedenti stabilendo, comunque, obiettivi di governo dei processi sanitari ed organizzativi da realizzare in considerazione delle risorse disponibili.

La presente relazione è stata pertanto predisposta ai sensi e per gli effetti dell'art. 10, comma 1, lettera b), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017 ed evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi raggiunti rispetto alla programmazione proposta con il Piano triennale della Performance 2017 relativa ai singoli obiettivi e alle risorse impiegate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

I contenuti del Piano della Performance discendono direttamente dalle disposizioni normative nazionali e regionali vigenti, nonché dall'analisi del territorio, in termini ambientali e demografici, in cui è inserita l'Azienda.

Contesto Normativo

In particolare il Contesto Normativo alla base del presente Piano è rappresentato dai seguenti riferimenti normativi:

- ✓ *Legge 11 dicembre 2016, n. 232* concernente il "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e Bilancio Pluriennale per il triennio 2017 – 2019";
- ✓ *Indicatore Tempestività pagamenti*, definito dalla Regione Lazio, ai sensi del DPCM 22 settembre 2014, con la nota prot. n. U541058 del 25.10.2017;
- ✓ *Programmi Operativi 2016 – 2018*, approvati con i D.C.A. n. U00052 del 22 febbraio 2017 e n. U00412 del 14 settembre 2017;
- ✓ *Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74* recante "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 6 giugno 2017, n. U00214 recante “Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016 – 2017”;*
- ✓ *Progetto Regionale Telemed, che prevede la trasmissione dei tracciati elettrocardiografici dei pazienti con sindrome coronarica acuta ad un centro unico di teleconsulto cardiologico Regionale (CTR);*
- ✓ *Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC) riformulati e da ultimo approvati con D.C.A. 11 ottobre 2016, n. U00311;*
- ✓ *Regolamento generale per la liquidazione del fatturato passivo, approvato con deliberazione 12 luglio 2016 n. 124;*
- ✓ *Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i. concernente la “Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;*
- ✓ *Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 concernente le “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge n. 42/2009”;*
- ✓ *Legge Regionale 16 marzo 2011, n. 1 concernente le “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”;*
- ✓ *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”.*

La Regione Lazio, dal 2007 in Piano di Rientro, ha indicato alle Aziende Sanitarie, attraverso i Piani Operativi, obiettivi ed azioni finalizzate a garantire i LEA e l'equilibrio economico-finanziario. I Programmi Operativi hanno, infatti, posto come obiettivo prioritario dapprima la riduzione della spesa sanitaria (attraverso azioni mirate sul costo dei diversi fattori produttivi – farmaci, servizi, personale, etc...), ed in una seconda fase azioni di ridefinizione delle regole di funzionamento di sistema. La Regione chiede ora in particolare di avviare processi di riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi.

Per l'ARES 118, le evidenze scientifiche di riferimento e i vincoli di tipo finanziario hanno contribuito a far ripensare il modello assistenziale del Sistema di Emergenza – Urgenza e ad orientarlo alla gestione tempestiva ed efficace del paziente critico all'interno di Reti integrate tra territorio ed ospedali, di tipo hub & spoke. In questo modello, l'ARES 118 diventa l'interconnessione funzionale tra le strutture delle Reti per garantire:

- ✓ il supporto operativo al trasferimento rapido ed efficiente del paziente critico in continuità di soccorso;
- ✓ l'acquisizione in tempo reale della disponibilità dei centri specialistici ad accettare i pazienti critici intra ed inter area;
- ✓ l'operabilità interregionale per offrire al paziente le cure adeguate nel minor tempo possibile laddove non fossero presenti nel Lazio le specialità richieste dal caso.

Attraverso la riorganizzazione, la razionalizzazione e, ove necessario, il potenziamento degli strumenti operativi e delle risorse a sua disposizione, l'ARES 118 può autonomamente provvedere alle necessità delle Reti integrate, garantendo l'appropriata gestione del paziente critico al loro interno, costituendo così un'opportunità ed un punto di forza dell'intero sistema.

Contesto ambientale e demografico

Per quanto riguarda l'analisi del territorio bisogna far riferimento al Contesto ambientale e demografico in cui è inserita l'Azienda, come di seguito riportato.

Il territorio e la popolazione di riferimento dell'Azienda ARES 118 coincidono, integralmente, con il territorio e la popolazione della Regione Lazio, suddiviso, operativamente, nelle province di Roma, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo (378 comuni). La superficie di circa 17.232 Km² è caratterizzata da un 54% di zone collinari, un 26% di zone montuose ed il restante 20% di pianure. Con 1.287,4 km quadrati, il comune di Roma risulta il più esteso d'Italia e rappresenta ben lo 0,4% dell'intero territorio nazionale (fonte ISTAT).

Il litorale, bagnato dal Mar Tirreno, caratterizzato da costa rocciosa e spiaggia, si sviluppa per quasi 340 Km fra la foce del fiume Garigliano, al confine con la Campania, la foce del fiume Chiarone, al confine con la Toscana. Il Tevere, terzo fiume d'Italia per lunghezza, è il fiume principale della Regione.

L'infrastruttura ferroviaria, con alta densità di traffico, si estende per 1.211 Km con 163 stazioni classificate in: "linee fondamentali" (644 Km di direttrici internazionali di collegamento con le principali città italiane); "linee complementari" (355 Km con minore densità di traffico) e "linee di nodo" (232 Km all'interno di grandi zone di scambio e collegamento tra linee fondamentali e complementari situate nell'ambito di aree metropolitane). La rete stradale regionale, estesa per un totale di 9.639 Km (fonte ACI), vede la presenza di 473 km di autostrade (Autostrada del Sole, Grande raccordo anulare, Roma - Civitavecchia, Roma - Fiumicino, Roma - Teramo) a cui vanno aggiunte le strade consolari.

A livello regionale è presente, nel comune di Fiumicino, l'aeroporto intercontinentale "Leonardo da Vinci", con un traffico di passeggeri tale da essere classificato come primo scalo nazionale e settimo aeroporto d'Europa per passeggeri complessivi. Assieme all'Aeroporto "Giovanni Battista Pastine" di Ciampino, forma il sistema aeroportuale di Roma con circa 42 milioni e mezzo di passeggeri annui (2011). La Regione Lazio è, altresì, dotata di tre porti principali (Civitavecchia, Fiumicino e Gaeta). Il Porto di Civitavecchia è un porto multifunzionale, diviso in un'area dedicata al turismo, al diportismo ed alle crociere ed un'area per i traffici commerciali, la pesca e il cabotaggio. Negli ultimi anni sono cresciuti i servizi cabotieri (Autostrade del Mare), cioè servizi di linea dedicati al trasporto di passeggeri e merci sulle rotte del Mediterraneo. Il porto di Civitavecchia è diventato il primo Porto crocieristico del Mediterraneo con circa 2,6 milioni di passeggeri.

Per quanto attiene la popolazione di riferimento, la popolazione residente della Regione Lazio è di quasi 6.000.000 di abitanti (Fonte ISTAT), a cui si aggiunge la popolazione che a vario titolo transita nella regione e nella città di Roma *in primis*, ove è necessario considerare la presenza turistica (determinata in via approssimativa in una popolazione equivalente/giorno pari a circa 155.000 unità), gli studenti fuori sede dei sei atenei romani, la collocazione delle amministrazioni e organi centrali dello Stato e delle rappresentanze diplomatiche degli stati esteri.

2.2 IL CONTESTO INTERNO DI RIFERIMENTO

L'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria - ARES 118 - è stata istituita, dalla Regione Lazio, con la Legge Regionale n. 9 del 3 agosto 2004 e nasce, pertanto, dall'aggregazione, in un'unica Azienda, delle attività di soccorso precedentemente gestite a livello di singole A.S.L e/o Aziende Ospedaliere Regionali. L'ARES 118 è un'Azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'ARES 118 diventa la prima Azienda Pubblica, in Italia, interamente dedicata alla gestione dell'emergenza sanitaria territoriale, con funzioni di coordinamento e gestione operativa delle relative attività di soccorso sanitario e di governo del sistema dell'emergenza urgenza.

L'ARES 118 è una delle Aziende Sanitarie nelle quali si articola il Servizio Sanitario Regionale ed ha come obiettivo quello di garantire su tutto il territorio regionale:

- la direzione, la gestione ed il coordinamento della fase di allarme e di risposta extra-ospedaliera alle emergenze-urgenze sanitarie, ivi compresa l'emergenza neonatale, materno-assistita ed i trasporti secondari legati al primo intervento;
- la gestione dei trasporti sanitari connessi all'attività trapiantologica e quelli inerenti il trasporto sangue;
- la gestione dei trasporti secondari.

L'ARES 118 promuove, d'intesa con la Regione, i modelli organizzativi più funzionali da adottare per la gestione dell'emergenza extra-ospedaliera, in raccordo con i diversi Enti del Servizio Sanitario Regionale e con i Medici di Medicina Generale, addetti alla continuità assistenziale, nell'ambito del sistema di emergenza sanitaria territoriale.

L'anno 2017 ha pertanto visto il funzionamento a regime dell'assetto così come disegnato nell'Atto Aziendale, che ha definito la seguente organizzazione

- **Area di Staff della Direzione Strategica.** E' costituita dalle articolazioni organizzative e dalle funzioni che supportano e collaborano con la Direzione medesima al fine di perseguire gli obiettivi aziendali. Le caratteristiche di tali strutture sono la trasversalità e l'interdisciplinarietà delle attività svolte, in un'ottica di gestione per processi.

In un'ottica di semplificazione si è contenuto il numero delle Unità Operative facendo ricorso all'istituzione di specifiche funzioni, prevedendone l'assolvimento delle stesse mediante l'attribuzione dei relativi incarichi dirigenziali. Si è previsto, inoltre, il potenziamento dell'attività di programmazione, pianificazione e controllo.

In considerazione della natura assolutamente peculiare di ARES 118, che presenta un'operatività diffusa sull'intero territorio regionale, e che necessita pertanto di sistemi di comunicazione e trasmissione dati in continua evoluzione e necessario costante adeguamento ed interfaccia con gli applicativi esistenti (tra l'altro, la messa a regime del Numero Unico d'Emergenza (N.U.E.) 112), si è previsto il potenziamento dell'Information and Communication Technology (I.C.T.), posto in staff alla Direzione Strategica.

Al fine, poi, di supportare meglio lo sviluppo organizzativo e le capacità tecniche aziendali, creando le basi per la costruzione di un linguaggio comune, la messa a punto di sistemi di partecipazione, condivisione, e responsabilizzazione sugli obiettivi di miglioramento, si è ritenuto di procedere al potenziamento quantitativo e qualitativo delle Commissioni Tecniche, a supporto dell'attività della Direzione Strategica.

- **Funzioni Amministrative.** E' stata attuata una revisione delle precedenti scelte organizzative che ponevano le Centrali Operative, dotate di apposite strutture amministrative, quali entità autonome dotate di "autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda, nell'ambito delle risorse assegnate".

Nell'ottica di snellire e potenziare alcune procedure critiche - approvvigionamenti, liquidazione delle fatture, applicazione degli istituti giuridici del personale - è emersa la necessità di ridefinire le competenze delle articolazioni organizzative deputate alla gestione delle attività sanitarie istituzionalmente affidate all'ARES, in modo da liberarle da carichi procedurali impropri, consentendo ai Direttori di Centrale Operativa di concentrare l'azione sul core dell'attività, ossia sull'organizzazione e la gestione delle attività di soccorso.

Si è così ritenuto opportuno riportare a livello centrale la gestione delle procedure di tipo amministrativo, in modo da assicurare maggiore linearità ed omogeneità nei processi e procedimenti che l'Azienda deve porre in essere, favorendo, nel contempo, l'implementazione di un sistema centralizzato di controllo dell'azione amministrativa nel suo complesso.

- **Funzioni Sanitarie.** In attuazione delle indicazioni riportate nei Programmi Operativi 2016 - 2018, con l'obiettivo finale di migliorare e valorizzare l'organizzazione del soccorso sanitario extra-ospedaliero regionale, per garantire interventi più tempestivi ed omogenei sul territorio, mediante un sistema di gestione più dinamico e flessibile delle attività e dei mezzi di soccorso, l'organizzazione aziendale prevede:

- ✓ una Direzione Medica Organizzativa, con funzioni, a livello centrale, di coordinamento, monitoraggio e controllo in ambito igienico - sanitario, organizzativo e gestionale;
- ✓ un Servizio infermieristico e Tecnico Aziendale per la gestione, a livello centrale, di coordinamento, monitoraggio e controllo del personale infermieristico e tecnico;
- ✓ definizione delle articolazioni organizzative portanti nell'ambito del sistema del soccorso sanitario - U.O.C. Soccorso di Emergenza Urgenza Sanitario (S.U.E.S.) - che racchiudono, al loro interno, la funzione di direzione della Centrale Operativa di riferimento territoriale e la funzione di governo delle postazioni territoriali di competenza, l'una in capo al Direttore dell'U.O.C., l'altra delegata ad un responsabile di U.O.S. , con competenza territoriale di regola provinciale, fatta eccezione per la U.O.C. S.U.E.S. di Roma Città Metropolitana, in cui, per volume di attività e numerosità dei mezzi dislocati, si è dovuto suddividere l'ambito territoriale in cinque distinte zone e quindi in altrettante U.O.S. territoriali. In tale contesto sono strutturate:
 - ❖ n. 4 Centrali Operative, con gestione dei mezzi di soccorso sanitarizzati (automediche ed ambulanze) sul territorio;
 - ❖ S.U.E.S. Elisoccorso con tre basi HEMS in H24 su tutta la Regione (Viterbo, Roma, Latina);
- ✓ un'Unità Maxi-emergenze, per la gestione degli eventi straordinari siano essi programmati che non programmati;
- ✓ Unità Operative, di governo delle linee di attività previste dagli atti programmatori regionali:
 - ❖ U.O.C. Trasporti secondari;
 - ❖ U.O.S.D. Trasporti connessi alle attività trapiantologiche;
 - ❖ U.O.S.D. Centrale d'Ascolto di Continuità Assistenziale.

Risorse Umane

Nell'Anno 2017 le risorse umane dell'ARES 118 risultano complessivamente pari a 1.857 lavoratori, suddivisi tra dipendenti (n. 1.851) e collaboratori ex art. 7, comma 6 (n. 8), come riportato di seguito nelle Tabelle n. 1, n. 2 e n. 3 e dai Grafici n. 1, n. 2 e n. 3.

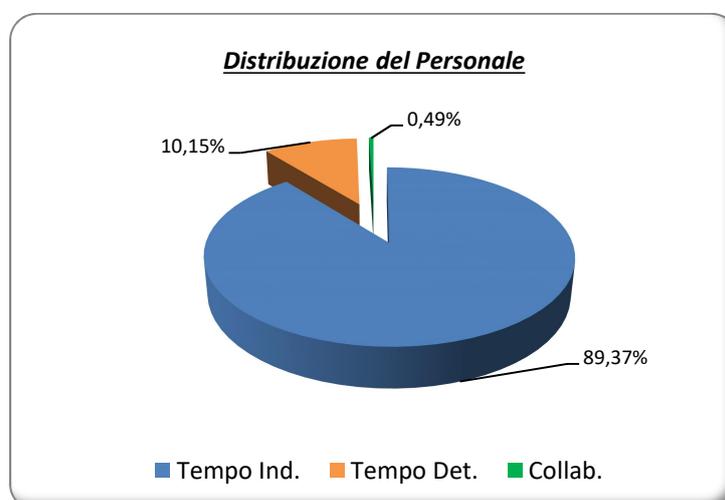
Se si analizza il dato dell'ultimo triennio (2015 – 2017), si evidenzia un piccolo ma costante trend di crescita: si è infatti passati da 1.815 unità nel 2015 a 1.857 nel 2017 con un incremento complessivo pari al 2,31%. Tale andamento può essere spiegato in parte dall'acquisizione del personale per il Giubileo Straordinario della Misericordia del 2016 e in parte dal trasferimento del personale proveniente dalla Croce Rossa Italiana in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 397 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016). Tale incremento ha coinvolto principalmente il personale afferente al ruolo tecnico e al ruolo sanitario, inoltre lo stesso si è verificato principalmente nell'ambito dei contratti a tempo determinato: nel corso del triennio in argomento, infatti, il personale a tempo determinato è incrementato del 39,26% (passando da n. 135 unità nel 2015 a n. 188 unità nel 2017), mentre se si confronta il dato 2016 – 2017 si è verificato un decremento pari all'11,74% (passando da n. 213 unità nel 2016 a n. 188 unità nel 2017).

Tabella n. 1 – Distribuzione del Personale Anno 2017

Ruolo	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Collaboratori ex art. 7 comma 6	Totale
Amministrativo	92	1		93
Professionale	2			2
Tecnico	749	84		833
Sanitario	813	103	9	925
Totale	1.656	188	9	1.853

Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Grafico n. 1 – Distribuzione del Personale. Anno 2017



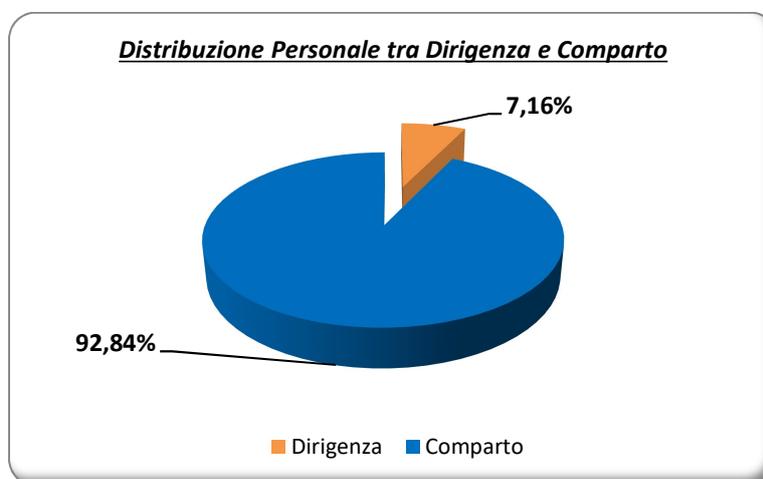
Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Tabella n. 2 – Distribuzione del Personale Dipendente tra Dirigenza e Comparto Anno 2017

Personale	Unità	Inc. %
Dirigenza	132	7,16%
Comparto	1.712	92,84%
Totale	1.844	100,00%

Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Grafico n. 2 – Distribuzione del Personale tra Dirigenza e Comparto. Anno 2017



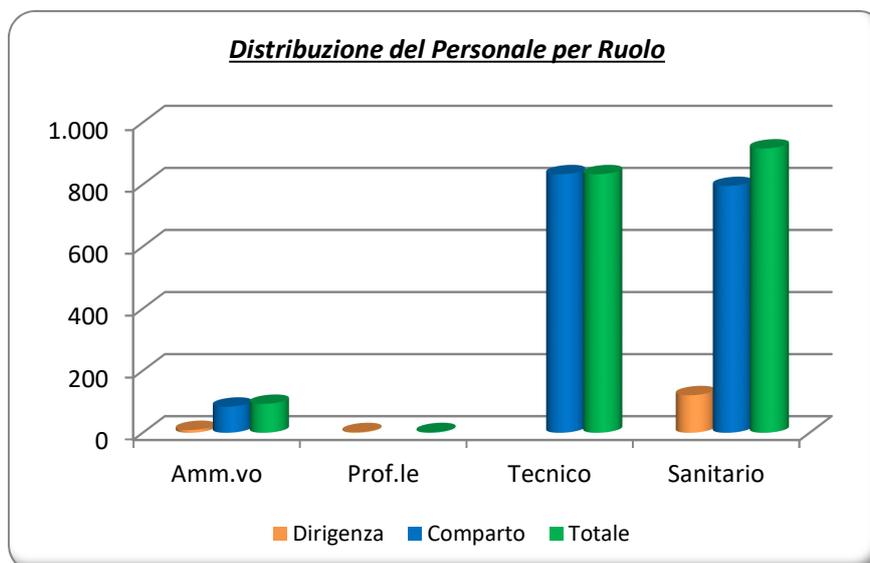
Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Tabella n. 3 – Distribuzione del Personale Dipendente per Ruolo Anno 2017

Ruolo	Dirigenza	Comparto	Totale
Amm.vo	9	84	93
Prof.le	2		2
Tecnico		833	833
Sanitario	121	795	916
Totale	132	1.712	1.844

Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Grafico n. 3 – Distribuzione del Personale per Ruolo. Anno 2017



Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Dati Strutturali

Centrali Operative

L'ARES 118 si avvale di 4 Centrali Operative Provinciali:

- ✓ U.O.C. SUES Roma Città Metropolitana e Provincia di Roma;
- ✓ U.O.C. SUES Viterbo e Rieti;
- ✓ U.O.C. SUES Frosinone;
- ✓ U.O.C. SUES Latina.

Le Centrali Operative interagiscono con gli ospedali di destinazione, via telefono, per il pre-allertamento dell'arrivo di pazienti in condizioni cliniche critiche. I mezzi di soccorso sono in contatto con le Centrali Operative attraverso canali di comunicazione radio e telefonia mobile. Le Centrali Operative provvedono, altresì, al trasferimento dei pazienti critici in continuità di soccorso.

Dal 1° Novembre 2015 è operativo un numero unico per le emergenze - *il 112* – attualmente attivo per la zona di Roma e Provincia, non ancora operativo per le restanti Province del Lazio. L'istituzione definitiva del numero unico di soccorso, come richiesto dalle normative europee, consente di razionalizzare il coordinamento dei soccorsi territoriali e la loro interfaccia con il Pronto Soccorso Ospedaliero.

Postazioni

Al 31 dicembre 2017 le postazioni territoriali, presso le quali sono ubicati i mezzi di soccorso dell'Azienda, sono n. 176, suddivise per provincia, come semplificato nella Tabella n. 4. Si evidenzia che le CC.OO. di Viterbo e Rieti, benché ancora fisicamente distinte, sono funzionalmente accorpate in una Centrale Operativa unica.

Tabella n. 4 – Numero Postazioni

Provincia	Postazione
Roma	101
Viterbo - Rieti	34
Latina	24
Frosinone	17
Totale	176

Fonte Dati: Sistema Informativo

Mezzi di Soccorso

L'ARES 118 articola la propria offerta nella Regione Lazio in:

- ✓ mezzi di soccorso, articolati in automediche - AM, mezzi di soccorso avanzato - MSA e mezzi di soccorso di base - MSB;
- ✓ elisoccorso. Il servizio di Elisoccorso regionale (n. 3 elicotteri di soccorso) attualmente viene erogato da tre basi dislocate a Roma (Loc. Fonte di Papa – H. 24), Viterbo (H. 24 dal 1^a febbraio 2017) e Latina (H. 24). Tutti gli elicotteri possono volare anche di notte per garantire i trasferimenti dagli ospedali minori verso i DEA di II livello. Sono inoltre presenti n. 31 elisuperfici dedicate.

Si riporta di seguito la Tabella n. 5 con le dotazioni dei mezzi di soccorso suddivisi per Centrale Operativa.

Tabella n. 5 – Dotazioni Mezzi di Soccorso per Centrale Operativa

Provincia	AM*	MSA**	MSB***	Totale
Roma Capitale	19	5	108	132
Viterbo - Rieti	7	2	9	18
Latina	5		24	29
Frosinone	6		21	27
Totale	37	7	162	206

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario - ISED

* AM: Automedica MSA: Mezzo di soccorso avanzato MSB: Mezzo di soccorso di base

Dati di Attività

Nell'Anno 2017 le chiamate, per richieste di soccorso e coordinamento delle successive missioni, gestite dalle Centrali Operative, sono state 2.788.885, ovvero + 4,11% rispetto all'anno 2016. Di queste, 446.340

sono state effettuate per richieste di soccorso dai cittadini afferenti alla Centrale Operativa di Roma Città metropolitana, pari a 103 chiamate per 1000 abitanti.

Tabella n. 6 - Numero chiamate per Centrale Operativa - Anno 2017

CO Provinciale	NUE + 118	118 e Servizio Entranti	Servizio Uscenti	Totale	Incidenza %
Roma	446.340	339.526	1.146.106	1.931.972	69,27%
Latina		198.435	132.257	330.692	11,86%
Frosinone		134.817	110.985	245.802	8,81%
Viterbo		69.799	70.907	140.706	5,05%
Rieti		71.922	67.791	139.713	5,01%
Totale	446.340	814.499	1.528.046	2.788.885	100,00%

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario - ISED

Con l'attivazione del NUE avvenuta a fine 2015, per il solo distretto telefonico 06, è possibile distinguere le chiamate di soccorso da quelle di "servizio" per la gestione del soccorso. Poiché però il distretto telefonico 06 non copre l'intera provincia di Roma, una quota di chiamate (distretti di Tivoli e Civitavecchia) continua a confluire sul numero 118.

Il traffico telefonico è stato gestito per il 69% dalla Centrale Operativa SUES Roma Città Metropolitana, per il 12% dalla Centrale Operativa SUES di Latina, per il 9% dalla Centrale Operativa SUES di Frosinone e per il 5% rispettivamente dalle Centrali Operative Rieti e Viterbo.

Le chiamate che non sono esitate in un invio del mezzo di soccorso hanno richiesto consigli telefonici (soprattutto nelle ore del giorno in cui i medici di medicina generale non sono disponibili) o la trasmissione della richiesta al servizio di continuità assistenziale.

Alle richieste di soccorso sono seguite 505.681 missioni contro le 481.667 missioni del 2016 (+ 4,99%) pari a 85,73 missioni ogni 1000 abitanti residenti del Lazio. Il numero maggiore delle missioni rispetto ai soccorsi è dovuto all'intervento di più mezzi di soccorso per lo stesso evento.

Tabella n. 7 - Numero soccorsi e missioni per Centrale Operativa - Anno 2017

Provincia	Soccorsi	Missioni
Roma	326.846	372.831
Latina	41.795	51.549
Frosinone	28.316	37.234
Viterbo	20.441	26.957
Rieti	13.670	17.110
Totale	431.068	505.681

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario - ISED

Per quanto riguarda gli interventi primari, i pazienti soccorsi nel 50,21% dei casi erano maschi e nel 49,79% femmine (Tabella n. 8); nel 2,6 % dei casi erano bambini sotto i 10 anni e nel 49,6% soggetti di oltre 60 anni di età, con una significativa quota di ultraottantenni, pari al 22,2% del totale (Tabella 9).

Tabella n. 8 - Pazienti suddivisi per Sesso e Provincia - Anno 2017

Provincia	SESSO				Totale
	Femmine	Inc. F. %	Maschi	Inc. M. %	
Roma	151.077	49,89%	151.756	50,11%	302.833
Latina	23.949	49,18%	24.747	50,82%	48.696
Frosinone	15.448	48,76%	16.232	51,24%	31.680
Viterbo	9.866	50,71%	9.590	49,29%	19.456
Rieti	5.214	51,36%	4.938	48,64%	10.152
Totale	205.554	49,79%	207.263	50,21%	412.817

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario - ISED

Tabella n. 9 - Pazienti suddivisi per Classe di Età e Provincia - Anno 2017

Classe di Età	Provincia					Totale
	FR	LT	RI	RM	VT	
0-9	2,1%	2,3%	2,8%	2,7%	2,6%	2,6%
10-19	4,5%	5,5%	4,1%	4,4%	5,6%	4,6%
20-29	7,4%	9,1%	7,0%	9,0%	7,3%	8,8%
30-39	7,4%	9,5%	6,2%	10,4%	7,2%	9,8%
40-49	9,8%	11,2%	9,6%	12,8%	9,9%	12,2%

Classe di Età	Provincia					Totale
	FR	LT	RI	RM	VT	
50-59	12,4%	11,8%	10,4%	12,8%	10,4%	12,5%
60-69	14,6%	11,7%	13,7%	11,3%	13,4%	11,8%
70-79	17,2%	16,0%	19,2%	15,1%	17,7%	15,6%
>=80	24,6%	22,8%	27,1%	21,5%	25,9%	22,2%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario – ISED

Nel 67% dei casi il codice di “criticità presunta” assegnato al telefono è stato “giallo”, nel 19% “verde”, nel 13% “rosso”, nell’1% dei casi “bianco”. Queste percentuali sono praticamente invariate rispetto al 2016 (Tabella 10).

Tabella n. 10 - Distribuzione degli interventi per codice gravità – Anno 2017

Codice Gravità	Centrali Operative										Totale	
	FR		LT		RI		RM		VT		complessivo	
	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%
BIANCO	17	0,10%	23	0,10%	394	2,90%	2.010	0,60%	78	0,40%	2.522	0,60%
VERDE	2.210	7,80%	5.191	12,40%	2.065	15,10%	64.925	19,90%	6.301	30,80%	80.692	18,70%
GIALLO	21.679	76,60%	30.968	74,10%	8.960	65,50%	215.502	65,90%	12.473	61,00%	289.582	67,20%
ROSSO	4.410	15,60%	5.613	13,40%	2.251	16,50%	44.409	13,60%	1.589	7,80%	58.272	13,50%
TOTALE	28.316	100%	41.795	100%	13.670	100%	326.846	100%	20.441	100%	431.068	100%

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario - ISED

La “casa” e la “strada” sono stati i luoghi dell’evento più frequenti, rispettivamente con il 59,5% e il 20,8%, come riportato nella Tabella n. 11. Le patologie presunte in Centrale Operativa alla chiamata hanno riguardato per il 24,2% traumi, per il 14,3% patologie cardiocircolatorie, per il 9,4% patologie respiratorie e per l’8,4% patologie neurologiche, come riportato nella Tabella n. 12.

Tabella n. 11 - Distribuzione degli interventi per Centrale Operativa e luogo dell'evento – Anno 2017

Luogo Avvenimento Telefonico	Centrali Operative										Totale complessivo	
	FR		LT		RI		RM		VT			
	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%
casa	18.931	66,90%	27.738	66,40%	8.567	62,70%	188.821	57,80%	12.302	60,20%	256.359	59,50%
impianti lavorativi	248	0,90%	509	1,20%	109	0,80%	2.761	0,80%	152	0,70%	3.779	0,90%
impianti sportivi	170	0,60%	259	0,60%	247	1,80%	1.951	0,60%	105	0,50%	2.732	0,60%
scuole	427	1,50%	551	1,30%	245	1,80%	4.358	1,30%	359	1,80%	5.940	1,40%
strada	3.776	13,30%	7.781	18,60%	2.014	14,70%	73.142	22,40%	3.020	14,80%	89.733	20,80%
uffici ed esercizi pubblici	575	2,00%	1.055	2,50%	197	1,40%	6.666	2,00%	566	2,80%	9.059	2,10%
altri luoghi	4.189	14,80%	3.902	9,30%	2.291	16,80%	49.147	15,00%	3.937	19,30%	63.466	14,70%
Totale complessivo	28.316	100%	41.795	100%	13.670	100%	326.846	100%	20.441	100%	431.068	100%

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario – ISED

Tabella n. 12 - Distribuzione degli interventi per Centrale Operativa e patologia – Anno 2017

Patologia Telefonica	Centrali Operative										Totale complessivo	
	FR		LT		RI		RM		VT			
	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%	Soccorsi	%
Altra patologia	10.209	36,10%	1.287	3,10%	5.626	41,20%	57.205	17,50%	2.256	11,00%	76.583	17,80%
Cardiocruciolatoria	3.461	12,20%	7.330	17,50%	1.728	12,60%	44.925	13,70%	4.117	20,10%	61.561	14,30%
Dermatologica	11	0,00%	63	0,20%	1	0,00%	182	0,10%	20	0,10%	277	0,10%
Gastroenterologica	1.366	4,80%	3.492	8,40%	234	1,70%	15.274	4,70%	1.590	7,80%	21.956	5,10%
Infettiva	175	0,60%	855	2,00%	238	1,70%	2.322	0,70%	356	1,70%	3.946	0,90%
Metabolica	342	1,20%	639	1,50%	116	0,80%	3.676	1,10%	304	1,50%	5.077	1,20%
Neoplastica	228	0,80%	293	0,70%	110	0,80%	2.047	0,60%	220	1,10%	2.898	0,70%
Neurologica	2.648	9,40%	8.272	19,80%	949	6,90%	22.077	6,80%	2.294	11,20%	36.240	8,40%
Oculistica	8	0,00%	24	0,10%	2	0,00%	193	0,10%	13	0,10%	240	0,10%
Ostetrico-ginecologica	187	0,70%	457	1,10%	75	0,50%	3.162	1,00%	235	1,10%	4.116	1,00%
Otorinolaringoiatrica	76	0,30%	231	0,60%	22	0,20%	630	0,20%	109	0,50%	1.068	0,20%
Patologia non identif.	406	1,40%	1.440	3,40%	211	1,50%	43.637	13,40%	806	3,90%	46.500	10,80%
Psichiatrica	433	1,50%	1.682	4,00%	193	1,40%	7.990	2,40%	662	3,20%	10.960	2,50%
Respiratoria	2.508	8,90%	4.205	10,10%	1.165	8,50%	30.657	9,40%	1.908	9,30%	40.443	9,40%
Tossicologica	134	0,50%	900	2,20%	100	0,70%	6.423	2,00%	411	2,00%	7.968	1,80%
Traumatica	5.702	20,10%	9.722	23,30%	2.712	19,80%	81.424	24,90%	4.622	22,60%	104.182	24,20%
Urologica	422	1,50%	903	2,20%	188	1,40%	5.022	1,50%	518	2,50%	7.053	1,60%
Totale complessivo	28.316	100%	41.795	100%	13.670	100%	326.846	100%	20.441	100%	431.068	100%

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario – ISED

Nel 2017 il servizio di elisoccorso è stato attivato 2.184 volte (Tabella 13).

Tabella n. 13 - Distribuzione dei soccorsi con eliambulanza per base HEMS.– Anno 2017

Base	Soccorsi Primari	Trasferimenti Secondari	Continuità di Soccorso	Trasporti per Trapianti	Totale
Roma	612	152	3	1	768
Latina	599	194	2	3	798
Viterbo	448	168	2		618
Totale	1.659	514	7	4	2.184

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario – ISED.

Il codice di gravità attribuito alla chiamata è stato “rosso” nel 89,3% dei casi, “giallo” nel 7,2%, “verde” e “bianco” per valori inferiori all’1%. All’arrivo sul posto il codice di gravità attribuito è stato “rosso” nel 69,5% dei casi, “giallo” nel 23,2%, “verde” e “bianco” al disotto del 2%, mentre si è constatato un decesso nel 3,6% dei casi.

Presentando il territorio della regione Lazio ampie aree montuose che costituiscono un ambiente ostile per gli operatori del soccorso, è attiva una convenzione tra l'ARES 118 Lazio e il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico - Delegazione del Lazio (C.N.S.A.S. - S.A.S.L.), per la cooperazione in materia di assistenza, anche nel soccorso sanitario con elicottero, in zona montana, ipogea o comunque impervia.

2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI

Relativamente all’anno 2017, si riportano di seguito le principali azioni svolte ed i principali risultati conseguiti, con particolare riferimento agli obiettivi scaturiti dalla programmazione regionale ed aziendale.

ELISOCORSO

Nel corso del 2017 si è proceduto al rinnovo delle convenzioni relativamente ai seguenti aeroporti/elisuperfici militari:

- ✓ Caserma “Castro Pretorio” - Roma;
- ✓ Città Militare della Cecchignola - Roma.

Si è, altresì, proceduto alla ricognizione e valutazione di ulteriori punti di atterraggio, in linea con quanto previsto dalla Legge Regione Lazio n.11 del 24.11.2014 “Sicurezza sanitaria dal cielo in tutto il Lazio. Disposizioni per garantire l’effettiva applicazione del Regolamento (UE) n. 965/2012 della commissione sui requisiti tecnici e le procedure amministrative per quanto riguarda le operazioni di volo ai sensi del regolamento (CE) n. 216/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio. Modifiche alla legge regionale 3 agosto 2004, n. 9 (Istituzione dell’azienda regionale per l’emergenza sanitaria ARES 118) e successive modifiche”, effettuando sopralluoghi in vari comuni del territorio regionale al fine di individuare punti di atterraggio idonei anche all’attività notturna del Servizio di Elisoccorso, con priorità per i comuni classificati in aree sismiche 1 e 2A. Nello specifico nel corso del 2017 si è proceduto a:

- ✓ ampliare l’attività della Base HEMS di Viterbo da HJ (effemeridi) ad H24, in linea con quanto previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2016 (art.22, comma 30);
- ✓ verificare la presenza di aree idonee quali elisuperfici occasionali in 57 Comuni (95%) dei 60 appartenenti ad aree sismiche 1 e 2A della regione Lazio, con riscontro di 64 siti. In 39 casi non sono

stati reperiti siti idonei, mentre per i restanti 25 casi si è proceduto ad effettuare le specifiche comunicazioni ai relativi Sindaci affinché provvedessero ai necessari adeguamenti (installazione manica a vento, pulizia del sedime, ecc.) propedeutici per l'inserimento dei siti fra le elisuperfici occasionali;

- ✓ effettuare diversi sopralluoghi per l'attivazione delle Elisuperfici in H24 presso gli ospedali di Subiaco, Terracina ed ampliamento dell'elisuperficie dell'Ospedale S M Goretti da HJ in H24;
- ✓ attivare l'Elisuperficie di Anagni (FR) in H24 e di Fondi (LT) in H24

Nel corso del 2017 si è inoltre predisposto, unitamente al Corpo Nazionale del Soccorso Alpino, un programma congiunto di addestramento in ambiente ostile, che verrà svolto nel giugno 2018.

PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI

Patologie cardiovascolari: l'attività di diagnosi precoce dell'infarto STEMI prevede l'effettuazione dell'ECG a 12 derivazioni sul luogo del soccorso, con la trasmissione dello stesso al cardiologo di riferimento (Santa Maria Goretti per il territorio di Latina, Centrale di Refertazione Regionale per la restante Regione) che referta il tracciato. In caso di positività per STEMI il paziente viene trasportato presso una struttura dotata di emodinamica; nelle altre situazioni il paziente viene comunque trasportato presso una struttura della rete cardiologica. Per l'anno 2017 l'attività svolta è sintetizzata nelle tabelle seguenti (Tabelle n. 14 e n. 15).

Tabella n. 14 - Distribuzione elettrocardiogrammi per Centrale Operativa - Anno 2017

Centrale Operativa	Pazienti con ECG	ECG duplicati	ECG di monitoraggio	Totale tracciati validi
Roma	1.803	413	177	2.393
Latina	808			808
Frosinone	552	130	89	771
Rieti-Viterbo	269	58	18	345
Totale complessivo	3.432	601	284	4.317

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario – ISED.

Tabella n. 15 - Distribuzione dei pazienti in base al referto per Centrale Operativa - Anno 2017

Centrale Operativa	Stemi	NO Stemi	Altro	Totale pazienti
Roma	210	512	1.081	1.803
Latina	81		727	808
Frosinone	58	142	352	552
Rieti-Viterbo	27	92	150	269
Totale complessivo	376	746	2.310	3.432

Fonte Dati: Sistema Informativo Sanitario – ISED.

Sempre nell'ambito delle patologie cardiovascolari nel corso del 2017 è stato istituito il Registro Aziendale Arresti Cardiaci la cui attivazione è avvenuta in data 27.12.2017.

Relativamente al PCAE per "Gestione pazienti con sospetto accidente cerebrovascolare acuto non traumatico", attivato nel dicembre 2015, che prevede la compilazione di una specifica scheda clinica in caso di sospetto di accidente cerebrovascolare, si è proceduto, nel corso del 2017, sia ad una revisione della scheda ictus, sulla base delle criticità di compilazione emerse in corso delle verifiche effettuate sull'anno 2016 primi mesi del 2017, sia ad un'analisi delle schede ictus compilate nel corso del 2017. In esito a tale analisi è stato possibile verificare lo stato della centralizzazione dei pazienti con sospetto ictus candidabili alla trombolisi (c.d. giallo neurovascolare), il cui valore medio regionale corrisponde all'87%.

Nel corso dell'anno 2017 la UOC SUES Frosinone ha adottato, inoltre, uno specifico protocollo operativo con l'UTN II (Policlinico Tor Vergata) e l'UTN I (Ospedale Spaziani) per la centralizzazione primaria e secondaria dei pazienti con sospetto ictus nell'area della A.S.L. di Frosinone (delibera n. 718 del 22.11.2017). Stante i risultati positivi ottenuti tale assetto organizzativo sarà esteso alle ulteriori Provincie nel corso del 2018 (Viterbo, Latina, provincia di Roma).

Per quanto attiene il Percorso assistenziale per il paziente affetto da trauma grave e neuro trauma, determinato dalla regione Lazio il 3 dicembre 2015 (determinazione regionale G15037 del 03/12/2015), nel corso del 2016, è stata predisposta e adottata, a livello aziendale, la procedura sulla gestione dei traumi, che tiene conto delle singole peculiarità provinciali, oggi operativa. Nel corso del 2017 si è proceduto, in raccordo con il gruppo di lavoro regionale, a rivedere le procedure esistenti dettagliando maggiormente gli aspetti clinico-assistenziali, addivenendo ad una procedura unica aziendale poi formalizzata con la delibera n. 41 del 18 gennaio 2018.

MAXIEMERGENZE E GRANDI EVENTI

Nel 2017, la partecipazione a tavoli tecnico-operativi, istituiti presso le sedi istituzionali -Prefettura, Questura, Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Comuni, Autorità Aeroportuale, Ferrovie dello Stato, Capitaneria di Porto, etc.- ha coinvolto l'ARES 118 nella revisione/aggiornamento dei piani di emergenza e delle procedure collegate per i siti sensibili, per le industrie a rischio di incidente rilevante e per tutte le situazioni, attese, accadute, non ancora accadute ma possibili, capaci di evolvere verso un contesto di maxiemergenza con conseguenze gravi e severe in ordine a danni a persone e cose. Inoltre, in data 10 novembre 2017, presso l'aeroporto di Fiumicino si è svolta un'esercitazione "Table Top" per testare il nuovo PEA (Piano Emergenza aeroportuale). Lo scopo dell'esercitazione era quello di verificare: l'attivazione di due stati di allerta simultanei; la corretta applicazione delle azioni di competenza degli enti coinvolti; i flussi di comunicazione; i punti di raccolta mezzi di soccorso; la comunicazione tra COE (Centro Operativo Gestione Emergenza) e PCA (Posto Comando Avanzato).

Si è, inoltre, proceduto ad interpellare tutte le strutture ospedaliere sede di DEA I, DEA II e PS, in ordine all'aggiornamento dei PEIMAF (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti).

Nell'anno 2017, si sono garantiti la protezione sanitaria nel corso di numerosi eventi programmati nel territorio di Roma e Provincia, nonché il supporto metodologico alle Centrali Operative delle altre Provincie per la gestione di eventi programmati nel territorio di propria competenza.

In tale anno il numero di eventi direttamente gestiti dall'ARES 118, nella sola città di Roma, a titolo sportivo, ricreativo, musicale ecc., è stato pari a n. 127; a questi si aggiungono tutti gli altri eventi per i quali all'ARES è stata richiesta una attività di pianificazione e di coordinamento per la protezione sanitaria in

emergenza-urgenza, nonché gli eventi per cui viene richiesta da parte di ARES 118 l'approvazione del piano sanitario (n. 82).

TRASPORTI CONNESSI ALL'ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA

Nel 2017, l'ARES 118 ha continuato a farsi carico, sulla base delle richieste del Centro Regionale Trapianti (C.R.T.), del trasporto del ricevente residente nella Regione Lazio presso il Centro Trapianti extraregionale. Nel corso dell'anno, sono pervenute dal CRT n. 9 richieste. In un solo caso, il paziente, date le condizioni meteo avverse rispetto all'utilizzo dell'elicottero, ha optato per raggiungere il Centro Trapianti di destinazione in maniera autonoma.

Sono state avviate le procedure per acquisire i mezzi necessari per il trasporto su gomma. Per quanto riguarda il trasporto mediante velivoli ad ala fissa, in esito alla recente deroga concessa dalla Regione, sono state avviate le pratiche di espletamento della gara.

CENTRALE DI ASCOLTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'ARES 118 ha realizzato, a partire dal 12 luglio 2017, una Centrale unica provinciale, sul territorio di Roma città metropolitana, per la ricezione delle richieste sanitarie a bassa intensità assistenziale; le altre centrali uniche provinciali - come da accordo sindacale siglato tra la Regione Lazio e le OOSS dei Medici di Medicina Generale - devono essere create e gestite dalle AASSLL competenti territorialmente, tenuto conto che si tratta di funzioni che attengono alla medicina primaria (nota Ares 118 prot. 21883 del 10.10.2017).

LA NUOVA PIATTAFORMA TECNOLOGICA ARES 118

Nell'anno 2017, sulla base dell'aggiudicazione della specifica gara regionale avente ad oggetto l'intera infrastruttura tecnologica dell'ARES 118, si è continuato a fornire un significativo contributo per il completamento della progettazione esecutiva del nuovo sistema, riguardante sia le sezioni telefonia e connettività che la sezione dati, con particolare riferimento all'applicativo gestionale per l'attività di soccorso in emergenza-urgenza e allo strumento tablet a bordo del mezzo.

E' stato inoltre svolto un lavoro di coordinamento dell'intera attività, di individuazione e fornitura dei dati di alimentazione del nuovo sistema, di simulazione rispetto ai nuovi strumenti introdotti, di pianificazione e realizzazione dei lavori per l'idoneità logistica dei locali destinati ad ospitare i nuovi apparati.

Le principali caratteristiche del nuovo sistema sono di seguito riportate:

- ✓ centralizza le chiamate ed i dati nei due siti CED (primario e secondario) della città di Roma, connessi ai siti satelliti rappresentati dalle altre Centrali provinciali;
- ✓ lavora sulla base di funzionalità web, per le diverse attività;
- ✓ implementa tablet in sostituzione delle schede di soccorso cartacee ad oggi in uso.

RISK MANAGEMENT

Sulla base delle Linee Guida regionali si è proceduto alla redazione, adozione ed attuazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2017, con relativa rendicontazione a cui si rimanda per il dettaglio.

Ai fini dell'analisi delle necessarie soluzioni da adottare per la gestione del rischio clinico, la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi, nel rispetto della normativa vigente, l'Azienda ha provveduto ad espletare l'attività di raccolta e monitoraggio degli eventi avversi, eventi sentinella, "near miss" e reclami utenti mediante procedure e protocolli già validati e provveduto al caricamento degli eventi e dei sinistri all'interno del Sistema Informativo Regionale SIMES. Tutti gli eventi sono stati sottoposti a metodica di analisi del rischio clinico mediante "Root Cause Analysis" o mediante esecuzione di Focus Group dedicati. Inoltre si è proceduto alla corretta tenuta ed alimentazione del registro informatizzato interno per gli eventi avversi, con classificazione delle informazioni per gravità e frequenza.

Nel corso dell'anno 2017 si sono verificati, a livello aziendale n. 55 eventi sentinella, che sono stati inseriti nel flusso SIMES nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa, nazionale e regionale. Si precisa che il numero di eventi sentinella rilevato è comprensivo dei dati relativi all'attività prestata dagli Enti Terzi in convenzione con ARES 118, nonché delle aggressioni 'non verbali' nei confronti degli operatori (con esclusione delle aggressioni verbali), secondo le indicazioni fornite dal Tavolo Permanente di Risk Management regionale.

Nel corso del 2017 è continuata l'attività del Comitato di Rischio Aziendale, formato dai rappresentanti delle Unità Operative che istituzionalmente sono deputate alla valutazione ed alla riduzione degli eventi di rischio, con il compito di pianificare le attività finalizzate a promuovere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e la riduzione del rischio clinico, ed è stata formalizzata la Costituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (delibera aziendale n. 341 del 25 novembre 2014), con successiva predisposizione di specifico regolamento (in linea con quanto previsto dalle "Linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria -composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri" emanate con Determina regionale n. G09535 del 2 luglio 2014).

ARES 118, nel corso del 2017, ha, inoltre, partecipato attivamente al Tavolo permanente regionale sul rischio clinico per gli incontri pianificati. Sono inoltre stati attivati specifici corsi di Formazione per i quali si rimanda alla specifica sezione Formazione.

PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LAVORATORI

Sulla base del "Regolamento delle responsabilità, autorità e ruoli in materia di salute e sicurezza sul lavoro dell'ARES 118", sono state formalizzate le deleghe con le specifiche dei compiti per ciascuna figura individuata.

Sono stati programmati, predisposti ed erogati i corsi di formazione per gli operatori relativamente alla riduzione dei rischi lavoro correlati.

L'attività di sorveglianza sanitaria del personale viene monitorata con particolare cura anche allo scopo di fornire supporto ai dirigenti delegati sia per gli aspetti di calendarizzazione sia per la giusta collaborazione nella corretta identificazione delle attività controindicate o nell'individuazione della più idonea ricollocazione lavorativa. In tale ambito si è prestata particolare attenzione agli accessi spontanei dei lavoratori alle visite di idoneità lavorativa. Tale monitoraggio potrà risultare utile sia per la quantificazione del fenomeno, sia per l'analisi delle motivazioni, laddove si possa identificare nel fenomeno stesso una espressione di disagio psico-fisico del soggetto.

Ogni dipendente, in ogni caso, viene utilizzato secondo la mansioni proprie del ruolo di appartenenza, tenendo conto del profilo di idoneità. Il personale non idoneo viene utilizzato in attività compatibili con la inidoneità specifica (es. solo turni diurni, attività con carichi di lavoro ridotti) o riallocato in uffici, mansioni

ed attività nell'ambito dei quali, nelle more della verifica da parte del Servizio Medico Competente, possa essere ricondotto a proficuo lavoro, secondo quanto previsto dai vigenti CCCCNNLL. In particolare, frequentemente: gli infermieri definitivamente o temporaneamente inidonei all'attività di soccorso sono di supporto alla Sala Operativa, spesso impegnati in attività di console, o coadiuvano il coordinatore infermieristico, per l'attività delle Macroaree, in mansioni tipiche della figura professionale di appartenenza; gli infermieri idonei con limitazione sono spesso assegnati alle auto mediche.

Il personale tecnico non idoneo è utilizzato per una serie di attività tra cui le necessità dell'autoparco aziendale e la gestione dei rifornimenti per le diverse postazioni, l'attività di manutenzione, la conduzione di mezzi che eseguono solo trasferimenti.

Nel periodo considerato, si è provveduto alla riallocazione del personale in base alle esigenze operative, organizzative e di riconduzione a proficuo lavoro del personale con parziali inidoneità. Le riallocazioni sono state in numero di 64.

FORMAZIONE

Sulla base del Piano Formativo Aziendale 2017-2019 e della specifica pianificazione per l'anno 2017, è proseguita l'attività di formazione degli operatori, rivolgendo particolare attenzione a:

Area organizzativo-gestionale e Sicurezza dei pazienti:

- ✓ Corso base Risk Management, qualità dei processi ed umanizzazione delle cure: n. 3 edizioni con la formazione di 63 operatori;
- ✓ La prevenzione del rischio clinico attraverso la simulazione con manichino ad alta fedeltà in ambiente reale: n. 3 edizioni, con la formazione di 25 operatori;
- ✓ Gestione Evento Maggiore: n. 5 edizioni, con la formazione di 94 operatori;
- ✓ Metodologia della ricerca infermieristica: n. 3 edizioni con la formazione di 35 operatori.

Area Clinica e Tecnico Addestrativa:

- ✓ Advanced Life Support Esecutore: n. 5 edizioni con la formazione di 70 operatori;
- ✓ Basic Life Support & Defibrillation Esecutore: n. 12 edizioni con la formazione di 157 operatori;
- ✓ Pediatric Basic Life Support & Defibrillation Esecutore: n. 8 edizioni con la formazione di 154 operatori;
- ✓ Corso sull'Emergenza Ostetrica: n. 4 edizioni con la formazione di 105 operatori
- ✓ Gestione del paziente traumatizzato sul territorio-corso base: n. 3 edizioni con la formazione di 60 operatori;
- ✓ Corso di Triage Telefonico: n. 5 edizioni con la formazione di 99 operatori;
- ✓ Corso Dispatch: n. 5 edizioni con la formazione di 102 operatori;
- ✓ Corso sul protocollo di gestione della persona con disagio mentale: n. 5 edizioni con la formazione di 96 operatori;
- ✓ Corso Istruttori: n. 2 edizioni con la formazione di 8 operatori;

Area Relazionale (in collaborazione con l'UOS Psicologia del Lavoro):

- ✓ Corso di formazione sulla gestione Psicologica degli Eventi Critici (I livello): n. 3 edizioni con la formazione di 27 operatori;
- ✓ Il supporto tra pari nella gestione emotiva degli eventi critici: ambiti, competenze e attivazione dell'intervento (II livello): n. 2 edizioni con la formazione di 17 operatori;
 - Formazione ai sensi del decreto legislativo n. 81/2008:

- ✓ Immobilizzazione e trasporto atraumatico e prevenzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi: n. 9 edizioni con la formazione di 107 operatori;
- ✓ Corso di avvicinamento in sicurezza all'eliambulanza: n. 4 edizioni con la formazione di 82 operatori;
- ✓ Corso sulla prevenzione delle aggressioni: n. 7 edizioni con la formazione di 107 operatori;
- ✓ Guida operativa in emergenza e le responsabilità dell'autista soccorritore: n. 6 edizioni con la formazione di 156 operatori;

Formazione ai sensi del decreto legislativo n. 81/2008, in collaborazione con EXITone:

- ✓ Corso per lavoratori sulla sicurezza e la prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro-corso antincendio: n. 1 edizione con la formazione di 16 operatori;
- ✓ Corso per lavoratori sulla sicurezza e la prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro-rischio basso: n. 1 edizione con la formazione di 10 operatori;
- ✓ Corso per lavoratori sulla sicurezza e la prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro-retraining: n. 23 edizioni con la formazione di 598 operatori;
- ✓ Corso per lavoratori sulla sicurezza e la prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro-corso per dirigenti: n. 2 edizioni con la formazione di 35 operatori;
- ✓ Corso per lavoratori sulla sicurezza e la prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro-corso per preposti: n. 2 edizioni con la formazione di 37 operatori.

E' stata, inoltre, svolta specifica attività formativa relativa ai protocolli clinico-organizzativi inerenti i percorsi per patologie tempo dipendenti.

VIGILANZA, ACCREDITAMENTO E CONTROLLO

L'attività di vigilanza viene svolta in ottemperanza alla legge istitutiva dell'ARES 118 ed è costituita dalla verifica periodica dei requisiti autorizzativi minimi previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'esercizio dell'attività di trasporto infermi da parte di organizzazioni private. Si tratta di un'attività periodica e programmata che si articola in tre fasi :

1. costituzione ed aggiornamento dell'archivio cartaceo e digitale degli enti esterni;
2. vigilanza documentale;
3. vigilanza in situ.

Nel 2017, come attività di vigilanza:

- ✓ sono stati conclusi n. 5 procedimenti programmati di vigilanza in situ, ed i relativi report sono stati trasmessi alla Regione Lazio
- ✓ sono stati conclusi i procedimenti di verifica relativi a n. 7 diffide della Regione Lazio ed i relativi report sono stati trasmessi alla stessa.

Considerato che l'ARES 118 garantisce l'attività di soccorso anche avvalendosi del contributo di enti terzi e che esiste, quindi, a garanzia della qualità delle prestazioni fornite e del rispetto di quanto stabilito negli accordi convenzionali/contrattuali, l'esigenza di valutare il mantenimento nel tempo dei requisiti previsti, è stato predisposto un apposito regolamento "Attività di controllo su Enti terzi", adottato con specifica delibera, che sistematizza tutta l'attività dei controlli aziendali, definendo per le diverse fasi - qualificazione ai fini dell'inserimento nell'Albo fornitori aziendale; controllo preliminare alla formalizzazione del rapporto convenzionale/contrattuale; controllo operativo, dopo la costituzione del rapporto

convenzionale/contrattuale - le tipologie di verifiche previste e le azioni a queste collegate oltre che i soggetti, sanitari e amministrativi, coinvolti, responsabili o a vario titolo interessati.

E' continuata, anche nel 2017, l'attività di istruttoria delle domande di inserimento nell'Albo Fornitori aziendale (delibera n. 52/2014) per l'attività di soccorso, da parte di enti terzi (associazioni ed enti commerciali) e di aggiornamento dello stesso Albo, con specifiche delibere.

Relativamente all'attività di controllo sui mezzi di soccorso gestiti da enti terzi, operanti per l'Ares 118, il Gruppo di Controllo Enti terzi – costituito da autisti e infermieri e operativo nell'ambito di verifiche, sul campo, di mezzi ed equipaggi – ha riguardato, nel 2017, n. 264 mezzi di soccorso su gomma, 233 ambulanze e 31 automediche, su tutto il territorio regionale con verifiche su mezzi ed equipaggi di enti terzi, convenzionati, contrattualizzati o attivati a chiamata nel caso di necessità estemporanee (n. 157 mezzi C.O. Roma Città Metropolitana, n. 57 mezzi C.O. Latina, n. 47 mezzi C.O. Rieti Viterbo, n. 3 mezzi C.O. Frosinone).

Complessivamente l'attività di controllo ha permesso di evidenziare il mancato rispetto dei requisiti relativamente a:

- ✓ Immatricolazioni non corrispondenti all'uso
- ✓ Equipaggi non completi
- ✓ Dotazioni sanitarie carenti
- ✓ Dotazioni non corrispondenti all'offerta.

L'U.O.C. Accreditamento, Controllo e Vigilanza, che coordina tale attività, ha predisposto specifici report ad uso dei direttori dell'esecuzione aziendali in materia ed elaborato specifica documentazione a supporto del superamento delle criticità riscontrate.

Sulla base di specifica indicazione deliberativa aziendale, nell'anno 2017 è stata avviata una ulteriore attività di controllo, riguardante l'idoneità delle postazioni gestite da enti terzi: sono state ispezionate n. 35 strutture fisiche di diversi enti collaboranti con ARES.

2.4 LE CRITICITA' E LE OPPORTUNITA'

Nell'anno 2017, l'Azienda ha operato in ottemperanza alle indicazioni nazionali, quali la Legge di Stabilità 2017, alle indicazioni regionali, quali il Piano di Rientro, i Piano Operativi 2016 - 2018 e il D.C.A. n. U00214/2017 di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali del SSR e ai disposti aziendali rappresentati dal Mandato Istituzione e dalla Mission.

La sfida principale si basa sulle potenzialità intrinseche dell'ARES 118 che, in quanto Azienda monofunzione con competenza regionale, ha effettivamente la possibilità di strutturare un sistema di "governo" dell'attività di soccorso in emergenza-urgenza, nell'ottica della qualità e della sicurezza dell'assistenza.

La maggior parte delle azioni condotte nell'anno 2017 rappresentano ulteriori tappe del percorso di revisione ed implementazione, iniziato già nel corso dell'anno 2016, di modelli organizzativi e di sistemi operativi che vedranno il loro completamento nel corso dei prossimi anni.

La rimodulazione degli assetti delle postazioni e dei mezzi di soccorso sulla base della riorganizzazione dell'offerta territoriale della Regione, l'implementazione di modelli organizzativi funzionali ad una sempre maggior efficacia del modello delle reti di assistenza per l'alta specialità, la corrente attività di standardizzazione delle modalità operative, sia per quel che riguarda il campo clinico-assistenziale che quello organizzativo-gestionale, insieme ad un impegno significativo nella formazione e nell'aggiornamento

degli operatori rappresentano l'ambito principale del miglioramento continuo, sul versante sanitario. Con questo si integrano gli ambiti del miglioramento dell'area della sicurezza, con un lavoro di identificazione, prevenzione e controllo dei rischi per gli operatori e quello del perseguimento di una maggior efficienza gestionale.

Elementi critici sono rappresentati dai vincoli economici cui soggiace il Lazio, ancora in Piano di Rientro, e dai ritardi degli adeguamenti normativi regionali in materia di modernizzazione e riordino del settore assistenziale dell'emergenza territoriale. D'altra parte, attualmente, la non completa applicazione dei numerosi provvedimenti regionali di riorganizzazione dell'offerta assistenziale fa sì che anche l'assetto strutturale e organizzativo dell'emergenza territoriale 118, strettamente collegato agli altri ambiti dell'assistenza, sul territorio regionale, sia ancora in fase di adattamento e completamento.

Gli obiettivi dell'azione dell'Azienda pertanto, costituiscono la sintesi operativa di quanto previsto con i seguenti atti:

- ✓ *Legge 11 dicembre 2016, n. 232* concernente il "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e Bilancio Pluriennale per il triennio 2017 – 2019";
- ✓ *Programmi Operativi 2016 – 2018*, approvati con i D.C.A. n. U00052 del 22 febbraio 2017 e n. U00412 del 14 settembre 2017;
- ✓ *Indicatore Tempestività pagamenti*, definito dalla Regione Lazio, ai sensi del DPCM 22 settembre 2014, con la nota prot. n. U541058 del 25.10.2017;
- ✓ *Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC)* riformulati e da ultimo approvati con D.C.A. 11 ottobre 2016, n. U00311;
- ✓ *Progetto Regionale Telemed*, che prevede la trasmissione dei tracciati elettrocardiografici dei pazienti con sindrome coronarica acuta ad un centro unico di teleconsulto cardiologico Regionale (CTR);
- ✓ *Regolamento generale per la liquidazione del fatturato passivo*, approvato con deliberazione 12 luglio 2016 n. 12;
- ✓ *Aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017 – 2019*, approvato con delibera n. 58 del 31.01.2017;
- ✓ *Piano Annuale di Risk Management (PARM)* per l'anno 2017, approvato con deliberazione n. 71 del 09.02.2017;
- ✓ *Obiettivi Anno 2017 del Direttore Generale ex D.C.A. n. U00214/2017*, approvati con deliberazione n. 114 del 20.09.2017;
- ✓ *Programmazione Strategica Aziendale 2017*, approvata con deliberazione n. 661 del 25.10.2017 e determinazione n. 137 del 30.10.2017;
- ✓ *Atto di Autonomia Aziendale*, approvato con deliberazione n. 319 del 14 novembre 2014.

Nonostante le difficoltà incontrate nel Corso del Ciclo di Gestione della Performance derivanti dal Piano di Rientro, dai Piani Operativi e dal D.C.A. di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali, che ha determinato uno slittamento della fase di assegnazione degli obiettivi operativi alle Strutture Organizzative Aziendali nell'ultimo quadrimestre dell'Anno, gli obiettivi assegnati alle Unità Operative sono risultati sfidanti in quanto tutte le strutture aziendali hanno operato in uno scenario di riferimento che ha subito modifiche negli indirizzi strategici, nei processi organizzativi, nonché nella responsabilizzazione gestionale rispetto alle risorse economiche e umane disponibili.

Inoltre anche nell'anno 2017 si è continuato il percorso di integrazione tra la performance organizzativa delle due Aree (Dirigenza e Comparto).

A conclusione del Ciclo di Valutazione è stato possibile individuare alcuni ambiti di miglioramento che hanno portato alla definizione di linee evolutive per l'ottimizzazione del sistema basate sui seguenti principi guida:

- maggiore focalizzazione sull'individuazione di obiettivi operativi come declinazione degli obiettivi strategici e, quindi, rappresentativi dell'azione dell'Azienda e dei relativi risultati attesi;
- quantificazione e misurazione, progressivamente sempre più puntuale, dei risultati del Ciclo di Gestione della Performance dell'Azienda ed in particolare delle Unità Operative in Staff alla Direzione Aziendale attraverso l'identificazione di parametri che consentano una rappresentazione rilevante, sintetica e misurabile dell'obiettivo a cui sono associati, facilitando la rilevazione e la misurazione dei risultati raggiunti ed evidenziando il contributo delle diverse aree di responsabilità;
- puntuale assegnazione di obiettivi relativi alla Trasparenza e alla Prevenzione della Corruzione, al fine di garantire una stretta correlazione tra il Piano della Performance e il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In linea con i suddetti principi guida, l'Azienda ha ritenuto opportuno mantenere la coerenza complessiva del Ciclo di Gestione della Performance e dei relativi strumenti a supporto, funzionali alla programmazione e alla misurazione degli obiettivi secondo il processo "a cascata".

Alla luce di tutto ciò, al fine di conseguire un progressivo e continuo miglioramento del processo di Gestione della Performance, si ritiene opportuno proseguire nell'implementazione di alcune misure correttive, quali:

- rendere più puntuale la descrizione degli indicatori, al fine di evitare contestazioni da parte dei Titolari di Budget;
- individuare degli indicatori utili a rappresentare i miglioramenti ed i risultati ottenuti attraverso rappresentazioni numeriche dei valori a budget, al fine di garantire la confrontabilità spaziale e temporale degli obiettivi;
- introdurre, al posto del meccanismo sì/no, un meccanismo che consenta di valutare il conseguimento puntuale degli obiettivi;
- anticipare la fase di assegnazione degli obiettivi, prevedendo laddove richiesto o necessario delle integrazioni e/o delle modifiche agli obiettivi a seguito di nuove disposizioni regionali in corso d'anno.

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

Per la Dirigenza, il Ciclo di Gestione della Performance Anno 2017 ha visto coinvolte n. 23 Unità Operative, così suddivise:

- n. 7 in Staff alla Direzione Strategica;
- n. 6 in staff alla Direzione Amministrativa;
- n. 10 in staff alla Direzione Sanitaria.

Per il Personale del Comparto, invece, il Ciclo di Gestione della Performance Anno 2017 ha visto coinvolte n. 28 Strutture Organizzative, così suddivise:

- n. 11 Strutture afferenti alla Direzione Strategica;
- n. 7 Strutture afferenti alla Direzione Amministrativa;
- n. 9 Strutture afferenti alla Direzione Sanitaria.

3.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Negli ultimi anni le Politiche Sanitarie della Regione Lazio sono state vincolate dalle scelte dettate dal Piano di Rientro dal disavanzo sanitario e dai Piani Operativi 2016 – 2018 della Regione Lazio, che hanno determinato un profondo processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale volto ad un recupero di efficienza dell'intero sistema con conseguente contenimento della spesa sanitaria e salvaguardia dei livelli prestazionali. A ciò si aggiunge l'approvazione con il DCA n. 214/2017 che ha assegnato gli obiettivi per gli anni 2016 e 2017 ai Direttori Generali delle Aziende del SSR.

Tali attività, quindi, hanno determinato uno slittamento della fase di assegnazione degli obiettivi all'ultimo trimestre del 2017. Nonostante ciò, si è ottenuto, anche per l'anno 2017, una soddisfacente performance organizzativa, come riportato di seguito nelle Tabelle n. 16 e n. 17.

Nella presente Relazione viene rilevato l'andamento della performance organizzativa delle Unità Operative la cui valutazione di prima istanza è stata conclusa, pertanto in tale analisi non sono ricomprese, sia per il Personale della Dirigenza sia per il Personale del Comparto, n. 2 Unità Operative il cui processo di valutazione è in via di completamento.

Tabella n. 16 – Risultato Performance Organizzativa - Dirigenza

Punteggio	UU.OO.	Inc. %	Inc. % Cum.
96 -100	17	81%	81%
91 - 95	-	-	81%
86 - 90	1	5%	86%
81 - 85	2	10%	95%
76 - 80	1	5%	100%
< 76	-	-	100%
Totale	21	100%	-

Fonte dati: Controllo di Gestione

Tabella n. 17 – Risultato Performance Organizzativa – Comparto

Punteggio	UU.OO.	Inc. %	Inc. % Cum.
96 -100	17	81%	81%
91 - 95		0%	81%
86 - 90	1	5%	86%
81 - 85	2	10%	95%
76 - 80	1	5%	100%
< 76			100%
Totale	21	100%	-

Fonte dati: Controllo di Gestione

3.2 OBIETTIVI STRATEGICI

La Direzione Strategica, supportata dall'U.O.D. Controllo di Gestione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali e nazionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relativi ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità e alle politiche delle risorse umane.

Per l'Anno 2017, la Direzione Strategica ha recepito il Decreto del Commissario ad Acta n. U00214/2017 di assegnazione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e, poi, con determinazione n. 114/2017 gli stessi sono stati declinati ed assegnati al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario. Gli obiettivi di seguito riportati, insieme a quelli definiti con la deliberazione n. 661/2017 e con la determinazione n. 137/2017, costruiscono l'Albero della Performance dell'ARES 118.

Tabella n. 18 – Obiettivi Strategici D.C.A. n. U00214/2017

DOTAZIONE STRUMENTALE E SERVIZI	
PESO	OBIETTIVO 1 - MEZZI DI SOCCORSO E SERVIZI
25	L'obiettivo è finalizzato all'estensione della copertura e al miglioramento di alcuni dei servizi in carico all'Azienda. Si articola in tre sub-obiettivi: 1.1 - Servizio attività trapiantologica 1.2 - Copertura punti di atterraggio elisoccorso 1.3 - Servizio di trasporto secondario
RETI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
PESO	OBIETTIVO 2 - RETI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE
10	L'obiettivo è finalizzato all'estensione o miglioramento dei servizi di rete perinatale e di continuità assistenziale Si articola in tre sub-obiettivi: 2.1 - Inserimento nel sistema di monitoraggio informatico delle strutture ospedaliere di rete emergenza 2.2 - Attivazione servizio STAM 2.3 - Accorpamento delle Centrali di Ascolto
PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE	
PESO	OBIETTIVO 3 - PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE
25	L'obiettivo è finalizzato alla verifica di attuazione del percorso di adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente e all'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso presso le Aziende del SSR. In particolare con i fondi assegnati si autorizza un programma di investimenti per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico pubblico. Riveste particolare rilevanza pertanto la percentuale di avanzamento in termini di spesa del singolo finanziamento assegnato, anche rapportato alla data di assegnazione e la regolare rendicontazione dei finanziamenti assegnati. Si articola in due sub-obiettivi: 3.1- Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale; 3.2 - Beni immobili

Fonte dati: Regione Lazio

Tabella n. 18 – Obiettivi Strategici D.C.A. n. U00214/2017: segue

GESTIONE DEL PERSONALE	
PESO	OBIETTIVO 4 – DOTAZIONI ORGANICHE
25	<p>Nel corso del triennio 2016-2018 si intende avviare e compiere una nuova serie di interventi e di azioni finalizzate alla realizzazione di una effettiva e incisiva gestione del personale. Negli anni precedenti la Regione, dovendo adempiere agli obblighi imposti dal piano di rientro, che costituiscono in definitiva adempimenti di natura comunitaria, ha contribuito a sviluppare una modalità di gestione del personale di natura emergenziale, provvisoria e talvolta carente di una visione esaustiva delle necessità e delle priorità di ciascuna Azienda, imponendo il blocco del turn over e applicando una speciale disciplina in tema di mobilità e di sostituzione del personale assente.</p> <p>Nell'ambito di tale generale ridefinizione e del conseguente avvio della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, con il DCA n. U00156 del 12 maggio 2016, si è previsto di definire un budget assunzionale, in termini sia di valore complessivo sia in termini di teste, attribuendo la facoltà di assumere all'interno del budget concordato alle Aziende e agli Enti del SSR. In tale nuova fase rileva da un lato l'autonomia e la conseguente responsabilità aziendale e, dall'altro lato, il fondamentale rispetto della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (Finanziaria 2010) e s.m.i nonché dell'equilibrio economico-finanziario del SSR e degli obiettivi di controllo della spesa del personale.</p> <p>Pertanto, nell'ambito di tale impostazione programmatica di gestione del personale, assume notevole importanza il completamento della procedura di definizione e conseguente approvazione delle dotazioni organiche aziendali. Ciò allo scopo di garantire la coerenza e la sistematicità del livello di personale di ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale con la nuova struttura della rete assistenziale, con quanto previsto dai piani strategici triennali e degli atti aziendali.</p>
APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA	
PESO	OBIETTIVO 5: ADEMPIENZA TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI
15	Raggiungimento delle adempienze relative alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri e raggiungimento degli obiettivi relativi agli indicatori di appropriatezza valutati nell'ambito degli Adempimenti LEA (attualmente in corso di formalizzazione)

Fonte dati: Regione Lazio

Tabella n. 19 – Obiettivi Strategici

LIQUIDAZIONE FATTURE	
PESO	OBIETTIVO 5: ADEMPIENZA TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI
Obiettivi Preliminari	Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture di rispettiva competenza
	Azzeramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato

Fonte dati: Regione Lazio

Risultati Obiettivi Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario

A seguito dell'approvazione del D.C.A. n. U00214 del 6 giugno 2017, con il quale sono stati definiti i criteri e le procedure di valutazione delle attività dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e sono stati assegnati ai medesimi gli obiettivi per gli anni 2016 e 2017, il Direttore Generale con determinazione n. 114 del 20 settembre 2017 ha declinato gli stessi al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario.

Di seguito si riporta il prospetto riepilogativo del raggiungimento degli obiettivi Anno 2017, di cui alla determinazione n. 114/2017.

Tabella n. 20 – Risultanze Obiettivi Anno 2017 assegnati al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario

DOTAZIONE STRUMENTALE E SERVIZI					
Peso Strategico	Obiettivo n. 1				
25	Mezzi di soccorso e Servizi				
Peso	Sub. Obiettivo n. 1.1	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
10	Servizio Trapianti	N. trasporti connessi all'attività trapiantologica effettuati / tot. richieste di trasporto connesse all'attività trapiantologica da parte del Centro Regionale Trapianti	≥ 95%	100%	Direttore Sanitario
Peso	Sub. Obiettivo n. 1.2	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
5	Servizio Trapianti/Punti di Atterraggio zone sismiche	Identificazione di ulteriori punti di atterraggio in H 24	≥ 50% dei comuni delle aree sismiche 1 e 2	95%	Direttore Sanitario
Peso	Sub. Obiettivo n. 1.3	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
10	Trasporto Secondario	Adeguamento eliambulanza di Roma per il trasporto neonatale assistito dal personale dello STEN	100%	100%	Direttore Sanitario
RETI E CONTINUITA' ASSISTENZIALI					
Peso Strategico	Obiettivo n. 2				
10	Reti e continuità Assistenziale				
Peso	Sub. Obiettivo n. 2.1	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
3	Posti Letto e Area Critica	Totale delle strutture ospedaliere della rete dell'emergenza inserite nel sistema	100%	100%	Direttore Sanitario
Peso	Sub. Obiettivo n. 2.2	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
3	STAM	Attivazione del servizio materno assistito	100%	100%	Direttore Sanitario
Peso	Sub. Obiettivo n. 1.3	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
4	Centrali di Ascolto	Centrale unica di Ascolto di Roma e Provincia	Presenza del piano di riorganizzazione e integrazione Piena Operatività	SI	Direttore Sanitario
PATRIMONIO IMMOBILIARE E TECNOLOGIE SANITARIE					
Peso Strategico	Obiettivo n. 3				
15	Patrimonio Immobiliare e Tecnologie Sanitarie				
Peso	Sub. Obiettivo n. 3.1	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
15	Attuazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti ad investimento specificamente assegnate	Raggiungimento della percentuale di avanzamento (*) in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) riproporzionata in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti	Percentuale avanzamento al 100% della spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) per ogni finanziamento non ancora totalmente liquidato	100%	Direttore Amministrativo
Peso	Sub. Obiettivo n. 3.2	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
n.a.	Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi	Presentazione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso entro 31/12	100%	Non applicabile	Direttore Amministrativo

Tabella n. 20 – Risultanze Obiettivi Anno 2017 assegnati al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario: segue

GESTIONE DEL PERSONALE					
Peso Strategico	Obiettivo n. 4				
25	Dotazioni Organiche				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
25	Dotazione Organica	Delibera di approvazione	100%	100%	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario

APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA					
Peso Strategico	Obiettivo n. 5				
15	Adempienza trasmissione Flussi Informativi				
Peso	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Valore al 31.12.2017	Direttore
15	Adempienza Informativi trasmissione Flussi	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi/ Totale Adempienze Flussi Informativi	100%	100%	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario

Fonte Dati: Controllo di Gestione

3.3 OBIETTIVI OPERATIVI

Nell'ambito del Ciclo di Gestione della Performance è previsto un processo di distribuzione "a cascata" degli obiettivi che parte dall'individuazione delle Aree Strategiche, all'interno delle quali vengono individuati gli obiettivi strategici di medio-lungo periodo e che prosegue con la definizione degli obiettivi operativi di breve periodo (di durata annuale), che si conclude con il collegamento di questi ultimi al Sistema degli indicatori.

Gli obiettivi strategici, pertanto, sono stati individuati con deliberazione n. 661 del 25.10.2017 e successivamente integrati con determinazione n. 137 del 30.10.2017 e, successivamente declinati in obiettivi operativi ed assegnati ai Centri di Responsabilità/Titolari di Budget.

3.4 GRADO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI

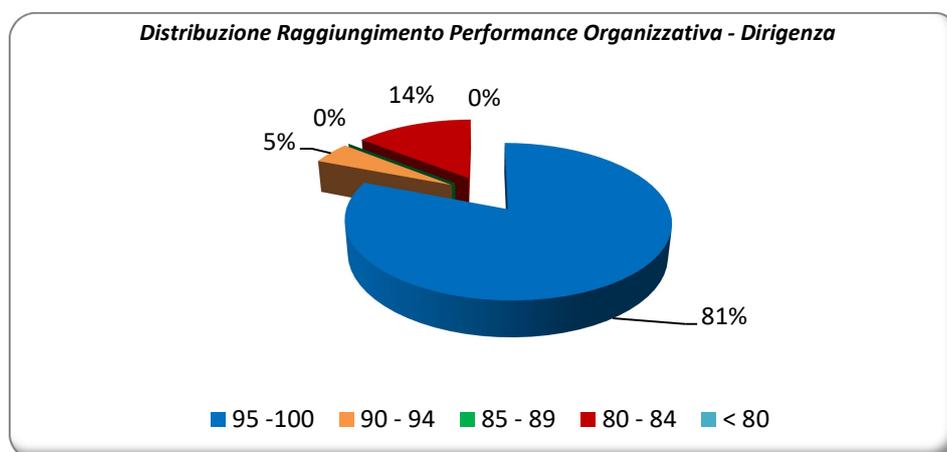
In merito al raggiungimento degli obiettivi, sono state effettuate una serie di analisi che hanno messo in evidenza gli aspetti positivi, ma soprattutto le criticità per le quali si è evidenziato uno scostamento tra il risultato raggiunto ed il valore negoziato.

Personale della Dirigenza Medica e SPTA

La prima fase dell'analisi viene effettuata sul **risultato complessivo** raggiunto dalle Unità Operative Titolari di Budget, così come rappresentato nella Tabella n. 16 e nel Grafico n. 4.

Da tale analisi è emerso che l'81% delle Unità Operative Titolari di Budget si è posizionata nella classe di raggiungimento compresa tra il 91% ed il 100%, e tra queste il 79% ha ottenuto il punteggio massimo (100%). Proseguendo l'analisi emerge che l'81% delle UU.OO. ha ottenuto una percentuale di raggiungimento compresa tra il 96% e il 100%, l'5% tra l'86% e il 90%, il 10% tra l'81% e l'85%, il 5% tra il 76% e l'80%, mentre nessuna U.O. ha ottenuto una percentuale tra il 91% e 95% e una percentuale inferiore al 76%.

Grafico n. 4 – Distribuzione della Performance Organizzativa Complessiva per Classi di Raggiungimento - Dirigenza



Fonte Dati: Controllo di Gestione

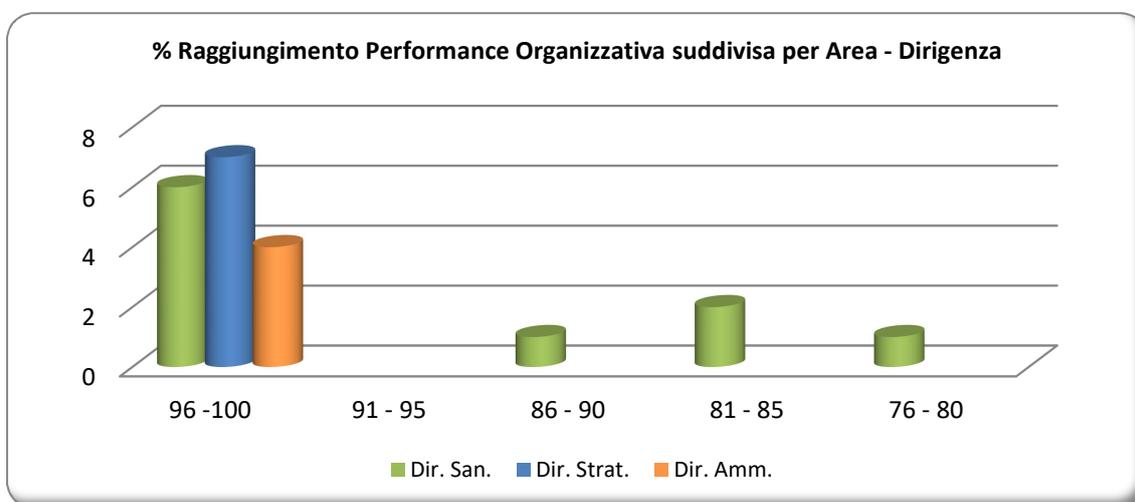
Se si prosegue l'analisi, sempre considerando il risultato complessivo raggiunto, ma suddividendo le Unità Operative per Aree, ovvero UU.OO. afferenti alla Direzione Strategica, alla Direzione Amministrativa e alla Direzione Sanitaria, emerge come riportato di seguito nella Tabella n. 21 e nel Grafico n.5, come tutte le Unità Operative afferenti alla Direzione Strategica e alla Direzione Amministrativa hanno raggiunto una percentuale compresa tra il 96% e il 100%, mentre le UU.OO. afferenti alla Direzione Sanitaria sono così distribuite: il 60% rientrano nella fascia tra il 96% e il 100%, il 10% nella fascia compresa tra l'86% e il 90%, il 20% tra l'81% l'85% e il 10% delle UU.OO. rientra nella fascia compresa tra il 76% e l'80% mentre nessuna U.O. ha ottenuto una percentuale compresa tra il 91% e il 95% né inferiore al 76%.

Tabella n. 21 – Risultato Performance Organizzativa Dirigenza suddivisa per Aree

Punteggio	Dir. Strat.	Inc. %	Dir. Amm.	Inc. %	Dir. San.	Inc. %	Totale
96 -100	7	100%	4	100%	6	60%	19
91 - 95	-	-	-	-	-	-	-
86 - 90	-	-	-	-	1	10%	1
81 - 85	-	-	-	-	2	20%	2
76 - 80	-	-	-	-	1	10%	1
< 76	-	-	-	-	-	-	-
Totale	7	100%	4	100%	10	100%	23

Fonte Dati: Controllo di Gestione

Grafico n. 5– Analisi della distribuzione per Classi di Raggiungimento della Performance Organizzativa Complessiva suddivisa per Area – Dirigenza



Fonte Dati: Controllo di Gestione

Se si prosegue l'analisi sui singoli obiettivi, si evince quanto segue:

- **Obiettivi preliminari.** Per tali obiettivi il risultato ottenuto da tutte le Unità Operative è complessivamente molto positivo: infatti per entrambi gli obiettivi - *Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture di rispettiva competenza e Azzeramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato* - la percentuale di raggiungimento si è attestata complessivamente tra il 95% e il 100%;
- **Obiettivi Prevenzione della Corruzione.** Per tali obiettivi il risultato ottenuto da tutte le Unità Operative è complessivamente positivo. A tal proposito si rileva che un solo obiettivo - *Piano Anticorruzione: attivazione mezzi esterni c.d. "Chiamate a spot"* - non è stato raggiunto da tre Unità Operative.

A conclusione dell'analisi, si riporta nella Tabella n. 22 la **sintesi complessiva della Performance Organizzativa** Anno 2017 del personale della Dirigenza (Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa) sulla base del monitoraggio condotto dall'U.O.D. Controllo di Gestione.

Tabella n. 22 – Performance Organizzativa Complessiva delle UU.OO. Anno 2017 – Area Dirigenza

Unità Operativa	Peso Totale	Punteggio Ottenuto	% Performance Organizzativa
Direzione Strategica			
U.O.C. Information & Communication Technology	60	60	100%
U.O.C. Qualità, Accreditamento e Vigilanza	100	100	100%
U.O.D. Controllo di Gestione	100	100	100%
U.O.D. Formazione	100	100	100%

Unità Operativa	Peso Totale	Punteggio Ottenuto	% Performance Organizzativa
Direzione Strategica			
U.O.S. Risk Management	100	100	100%
U.O.S. Psicologia	100	100	100%
Responsabile della Prevenzione e della Corruzione	100	100	100%
Direzione Amministrativa			
U.O.C. Contabilità e Bilancio	90	90	100%
U.O.C. Coordinamento Amministrativo SUES	90	90	100%
U.O.C. Governo delle Risorse Umane	100	100	100%
U.O.D. Affari Generali	60	59,56	99%
Direzione Sanitaria			
U.O.C. Direzione Medica Organizzativa	100	100	100%
U.O.C. Maxiemergenze	100	100	100%
U.O.C. Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale	100	100	100%
U.O.C. S.U.E.S. Elisoccorso	100	100	100%
U.O.C. S.U.E.S. Frosinone	100	90	90%
U.O.C. S.U.E.S. Latina	100	82	82%
U.O.C. S.U.E.S. Rieti Viterbo	100	80	80%
U.O.C. S.U.E.S. Roma	100	81,55	82%
U.O.D. Centrale d'Ascolto di Continuità Assistenziale	100	100	100%
U.O.D. Trasporti connessi all'attività trapiantologica	100	100	100%

Fonte Dati: Controllo di Gestione

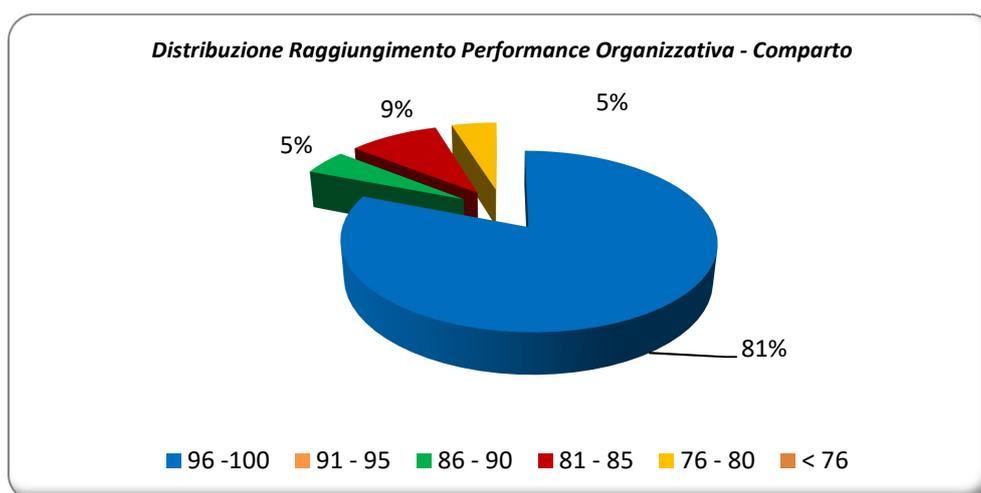
Personale del Comparto

La prima fase dell'analisi viene effettuata sul **risultato complessivo** raggiunto dalle Unità Operative Titolari di Budget, così come rappresentato nella Tabella n. 17 e nel Grafico n. 6.

Da tale analisi è emerso che l'81% delle Unità Operative Titolari di Budget si è posizionata nella classe di raggiungimento compresa tra il 91% ed il 100%, e tra queste il 79% ha ottenuto il punteggio massimo

(100%). Proseguendo l'analisi emerge che l'81% delle UU.OO. ha ottenuto una percentuale di raggiungimento compresa tra il 96% e il 100%, l'5% tra l'86% e il 90%, il 10% tra l'81% e l'85%, il 5% tra il 76% e l'80%, mentre nessuna U.O. ha ottenuto una percentuale tra il 91% e 95% e una percentuale inferiore al 76%.

Grafico n. 6 – Distribuzione della Performance Organizzativa Complessiva per Classi di Raggiungimento – Personale del Comparto



Fonte Dati: Controllo di Gestione

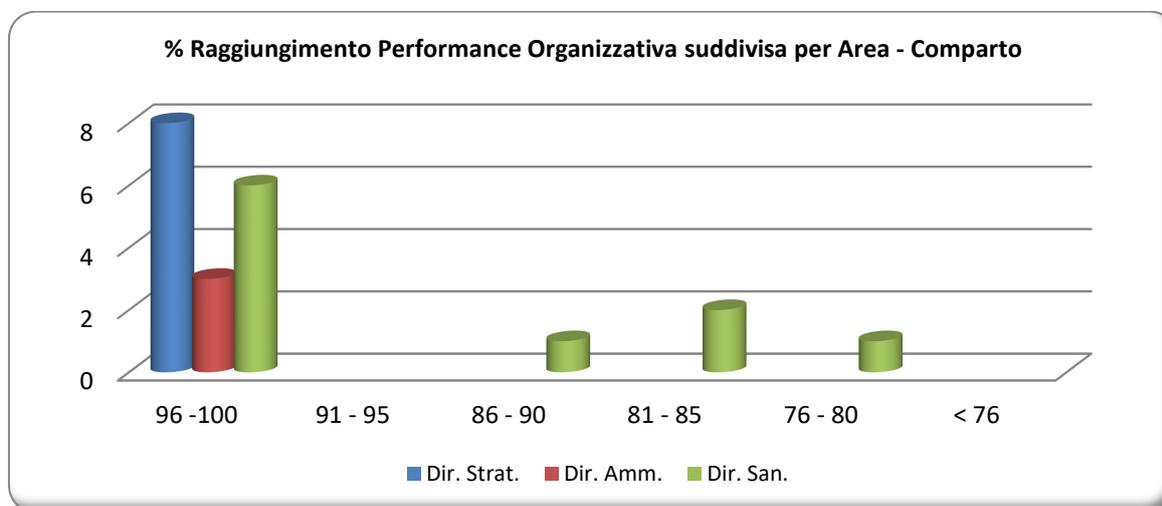
Se si prosegue l'analisi, sempre considerando il risultato complessivo raggiunto, ma suddividendo le Unità Operative per Aree, ovvero UU.OO. afferenti alla Direzione Strategica, alla Direzione Amministrativa e alla Direzione Sanitaria, emerge come riportato di seguito nella Tabella n. 23 e nel Grafico n. 7, come tutte le Unità Operative afferenti alla Direzione Strategica e alla Direzione Amministrativa hanno raggiunto una percentuale compresa tra il 96% e il 100%, mentre le UU.OO. afferenti alla Direzione Sanitaria sono così distribuite: il 60% rientrano nella fascia tra il 96% e il 100%, il 10% nella fascia compresa tra l'86% e il 90%, il 20% tra l'81% l'85% e il 10% delle UU.OO. rientra nella fascia compresa tra il 76% e l'80% mentre nessuna U.O. ha ottenuto una percentuale compresa tra il 91% e il 95% né inferiore al 76%.

Tabella n. 23 – Risultato Performance Organizzativa Comparto suddivisa per Aree

Punteggio	Dir. Strat.	Inc. %	Dir. Amm.	Inc. %	Dir. San.	Inc. %	Totale
96 - 100	8	100%	3	100%	6	60%	17
91 - 95	-	-	-	-	-	-	-
86 - 90	-	-	-	-	1	10%	1
81 - 85	-	-	-	-	2	20%	2
76 - 80	-	-	-	-	1	10%	1
< 76	-	-	-	-	-	-	-
Totale	8	100%	3	100%	10	100%	21

Fonte Dati: Controllo di Gestione

Grafico n. 7 – Analisi della distribuzione per Classi di Raggiungimento della Performance Organizzativa Complessiva suddivisa per Area– Personale del Comparto



Fonte Dati: Controllo di Gestione

A conclusione dell'analisi, si riporta nella Tabella n. 24 la **sintesi complessiva della Performance Organizzativa** Anno 2017 delle Strutture cui afferisce il Personale del Comparto sulla base del monitoraggio condotto dall'U.O.D. Controllo di Gestione.

Tabella n. 24 – Performance Organizzativa Complessiva delle Strutture– Personale del Comparto

Unità Operativa	Peso Totale	Punteggio Ottenuto	% Performance Organizzativa
Direzione Strategica			
U.O.C. Information & Communication Technology	60	60	100%
U.O.C. Qualità, Accreditamento e Vigilanza	100	100	100%
U.O.D. Controllo di Gestione	100	100	100%
U.O.D. Formazione	100	100	100%
U.O.S. Risk Management	100	100	100%
U.O.S. Psicologia	100	100	100%
U.O.S. Medico Competente	100	100	100%
Servizio Prevenzione e Protezione	100	100	100%
Direzione Amministrativa			
U.O.C. Contabilità e Bilancio	90	90	100%

Unità Operativa	Peso Totale	Punteggio Ottenuto	% Performance Organizzativa
Direzione Amministrativa			
U.O.C. Coordinamento Amministrativo SUES	90	90	100%
U.O.C. Governo delle Risorse Umane	100	100	100%
U.O.D. Affari Generali	60	59,56	99%
Direzione Sanitaria			
U.O.C. Maxiemergenze	100	100	100%
U.O.C. Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale	100	100	100%
U.O.C. S.U.E.S. Elisoccorso	100	100	100%
U.O.C. S.U.E.S. Frosinone	100	90	90%
U.O.C. S.U.E.S. Latina	100	82	82%
U.O.C. S.U.E.S. Rieti Viterbo	100	80	80%
U.O.C. S.U.E.S. Roma	100	81,55	82%
U.O.D. Centrale d'Ascolto di Continuità Assistenziale	100	100	100%
U.O.D. Trasporti connessi all'attività trapiantologica	100	100	100%

Fonte Dati: Controllo di Gestione

3.5 RISULTATI SU TRASPARENZA, INTEGRITA' E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Al fine di rispettare quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. e nella L.R. n. 1/2011 e nel D.L. n. 33/2013 è stata effettuata un'armonizzazione tra il Piano della Performance e il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Prevenzione della Corruzione

Le attività relative alla prevenzione della corruzione di cui al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019 dell'ARES 118, adottato ai sensi dell'art. 1 comma 9 lettera a) della Legge n. 190/2012, con la deliberazione n. 58 del 31.01.2017, hanno avuto come obiettivo principale quello di fornire tutti gli strumenti necessari affinché il personale potesse acquisire la capacità di assolvere alle proprie funzioni, mettendo in pratica le disposizioni e gli obiettivi stabiliti nello stesso Piano.

Nel corso dell'Anno 2017 è proseguito il percorso di consolidamento e rafforzamento del sistema di prevenzione del rischio corruzione adottato dall'Azienda e sono state poste in essere alcune significative iniziative di miglioramento del Ciclo di gestione del rischio, di formazione e sensibilizzazione dei vari soggetti e strutture coinvolti nel suddetto Processo.

L'integrazione del Piano della Performance 2017 con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2017 - 2019 si è sostanziata nell'individuazione di macro-obiettivi strategici e di specifici obiettivi operativi e relativi indicatori, desunti dalle misure individuate nel suddetto PTPC.

Tali obiettivi, inseriti nel Ciclo di Gestione della Performance e attraverso il Processo di Budget 2017, sono stati assegnati a tutti i Titolari di Budget Responsabili di Strutture Amministrative e Sanitarie, nonché al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Nel corso dell'Anno 2017 sono state effettuate le seguenti attività:

- Definizione di appositi Regolamenti;
- Definizione di apposite Procedure;
- Definizione di appositi Protocolli;
- Attuazione di apposite misure di controllo;
- Attività di monitoraggio.

3.6 PERFORMANCE INDIVIDUALE

Nell'ambito del Ciclo di Gestione della Performance è prevista anche la valutazione della Performance Individuale di tutto il personale sia dirigenziale sia di comparto. Tale processo di valutazione è disciplinato da appositi Regolamenti aziendali vigenti e prevede:

- per il *Personale della Dirigenza Medica e SPTA (Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa)*, una Scheda di Valutazione Gestionale suddivisa tra Dirigenti titolari di Unità Operativa Complessa, Dipartimentale e di Staff e Dirigenti con incarico di Struttura semplice, incarico di alta specializzazione e incarico professionale;
- per il *Personale del Comparto*, una Scheda di Valutazione Individuale specifica per qualifica.

Personale della Dirigenza Medica e SPTA

Nella presente Relazione viene rilevato l'andamento della Performance Individuale - *Gestionale* - della Dirigenza Medica ed SPTA con incarico di Struttura Complessa, Dipartimentale e di Staff, mentre per il restante personale dirigenziale il processo di valutazione è in via di completamento.

Per la suddetta Valutazione Gestionale, il Regolamento vigente prevede che la valutazione sia considerata positiva se ricompresa tra un punteggio che va da 36 a 60 punti.

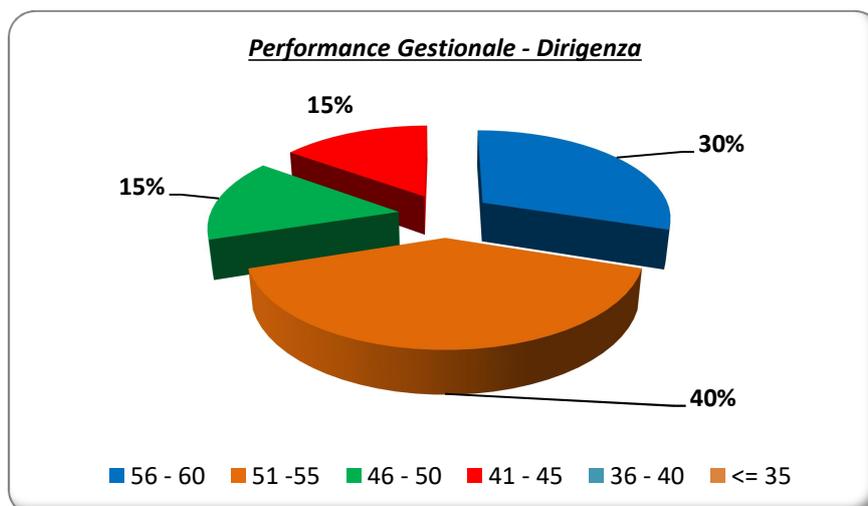
Se si procede con l'analisi dei dati relativi alla Performance Individuale, si evidenzia che il 30% del personale ha ottenuto un punteggio compreso tra 56 e 60, il 40% tra 51 e 55, il 15% ha ottenuto un punteggio compreso tra 46 e 50 e il 15% ha ottenuto un punteggio tra 41 e 45. Si rileva inoltre che nessuno ha ottenuto una valutazione inferiore a 36 punti, che rappresenta una valutazione negativa, come riportato nella Tabella n. 25 e nel Grafico n. 8.

Tabella n. 25 – Performance Gestionale – Dirigenza con incarico

Punteggio	Personale	Inc. %	Inc. % Cum.
56 - 60	6	30%	30%
51 - 55	8	40%	70%
46 - 50	3	15%	85%
41 - 45	3	15%	100%
36 - 40	-	-	-
< 36	-	-	-
Totale	20	100%	-

Fonte Dati: Controllo di Gestione

Grafico n. 8 – Analisi della distribuzione della Performance Gestionale – Dirigenza



Fonte Dati: Controllo di Gestione

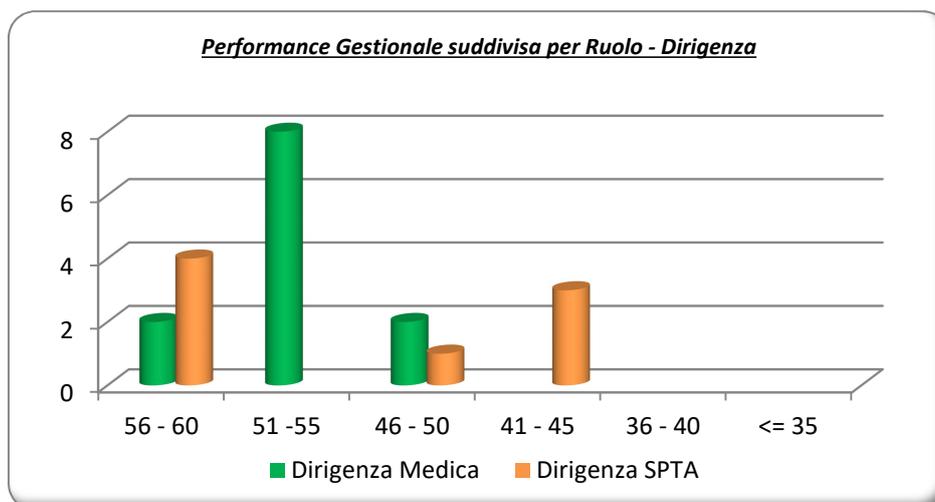
Continuando l'analisi dei dati in base alla distribuzione del Personale Dirigenziale per Ruolo (Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa), si evidenzia come per la Dirigenza Medica il 67% ha ottenuto una valutazione compresa tra 51 e 55, mentre il 17% tra 56 e 60 e il 17% tra 46 e 50. Per quanto riguarda la Dirigenza SPTA, il 50% ha ottenuto una valutazione compresa tra 56 e 60, mentre il 38% ha ottenuto una valutazione compresa tra 41 e 45 e il 12% tra 46 - 50, come riportato nella Tabella n. 26 e nel Grafico n. 9.

Tabella n. 26 – Performance Gestionale suddivisa per Ruolo – Dirigenza con incarico

Punteggio	Dirigenza Medica	Inc. %	Dirigenza SPTA	Inc. %	Totale
56 - 60	2	17%	4	50%	6
51 -55	8	67%	-	-	8
46 - 50	2	17%	1	12%	3
41 - 45	-	-	3	38%	3
36 - 40	-	-	-	-	-
<= 35	-	-	-	-	-
Totale	12	100%	8	100%	20

Fonte Dati: Controllo di Gestione

Grafico n. 9 – Analisi della distribuzione della Performance Gestionale per Ruolo – Dirigenza



Fonte Dati: Controllo di Gestione

Personale del Comparto

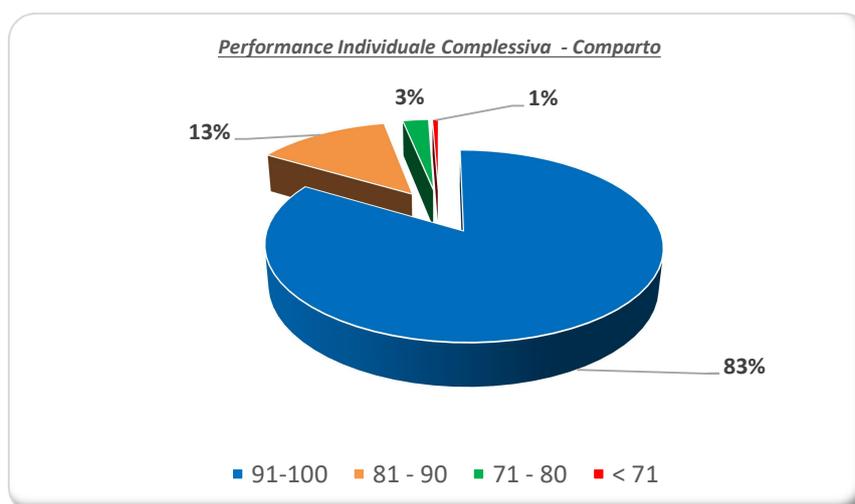
Se si procede con l'analisi dei dati relativi alla valutazione individuale, si evidenzia che l'83% del Personale ha ottenuto un punteggio compreso tra 91 e 100, il 13% tra 81 e 90, il 3% ha ottenuto un punteggio compreso tra 71 e 80 e solo l'1% ha ottenuto un punteggio inferiore a 71, come riportato nella Tabella n. 27 e nel Grafico n.10

Tabella n. 27 – Performance Individuale Complessiva – Comparto

Punteggio	Personale	Inc. %	Inc. % Cum.
91-100	1.458	83%	83%
81 - 90	233	13%	97%
71 - 80	44	3%	99%
< 71	13	1%	100%
Totale	1.748	100%	-

Fonte Dati: Governo delle Risorse Umane

Grafico n. 10 –Performance Individuale Complessiva –Comparto



Fonte Dati: Governo delle Risorse Umane

Continuando l'analisi dei dati in base alla distribuzione del personale per Ruolo (Sanitario, Tecnico e Amministrativo), si evidenzia come la fascia di valutazione compresa tra 91 – 100 risulta essere quella prevalente in tutti e tre i ruoli, come riportato nella Tabella n. 28 e nel Grafico n. 11. Se si prosegue l'analisi, si evidenzia quanto segue:

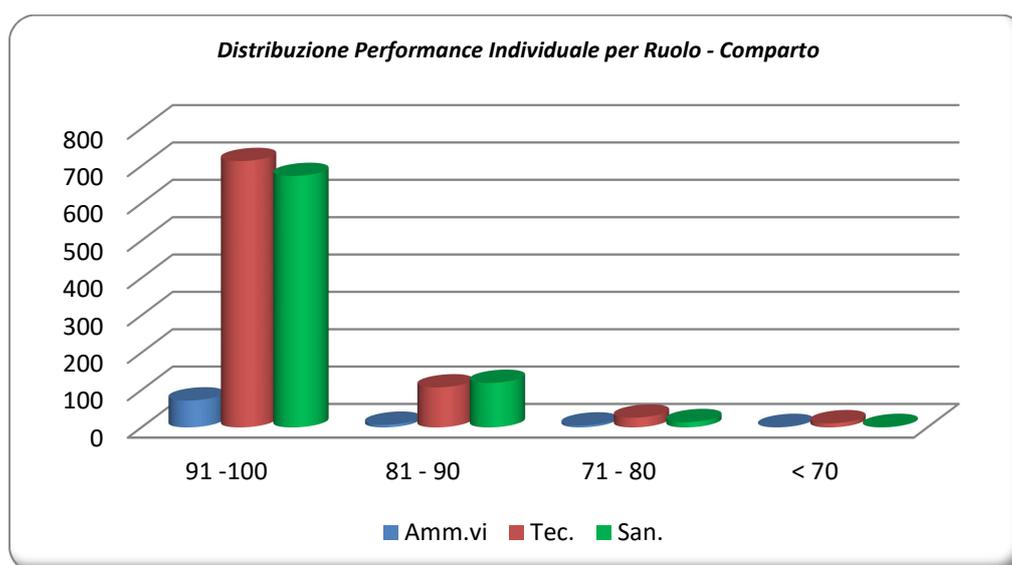
- *Ruolo amministrativo*, l'85% del personale ha ottenuto un punteggio compreso tra 91 e 100, l'8% ha ottenuto un punteggio compreso tra 81 e 90, il 6% tra 71 e 80 e l'1% ha ottenuto un punteggio inferiore a 70;
- *Ruolo Tecnico*, l'84% del personale ha ottenuto un punteggio compreso tra 91 e 100, il 12% ha ottenuto un punteggio compreso tra 81 e 90, il 3% tra 71 e 80 e l'1% ha ottenuto un punteggio inferiore a 70;
- *Ruolo Sanitario*, l'83% del personale ha ottenuto un punteggio compreso tra 91 e 100, il 15% ha ottenuto un punteggio compreso tra 81 e 90, l'2% tra 71 e 80 e lo 0,1% ha ottenuto un punteggio inferiore a 70.

Tabella n. 28 – Performance Individuale suddivisa per Ruolo – Comparto

Punteggio	Amm.vi	Inc. %	Tec.	Inc. %	San.	Inc. %	Tot
91 -100	72	85%	713	84%	673	83%	1.458
81 - 90	7	8%	107	12%	119	15%	233
71 - 80	5	6%	26	3%	14	2%	44
< 70	1	1%	11	1%	1	0%	12
Totale	85	100%	856	100%	807	100%	1.747

Fonte Dati: Governo delle Risorse Umane

Grafico n. 10 – Analisi della distribuzione della Performance Gestionale per Ruolo – Comparto



Fonte Dati: Governo delle Risorse Umane

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

Negli ultimi anni le Politiche Sanitarie della Regione Lazio sono state vincolate dalle scelte dettate dal Piano di Rientro dal disavanzo sanitario e dai Piani Operativi 2016 – 2018, che hanno determinato un profondo processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale volto ad un recupero di efficienza dell'intero sistema con conseguente contenimento della spesa sanitaria e salvaguardia dei livelli prestazionali.

In questo contesto l'ARES 118, nel corso degli anni, sia attraverso il Ciclo di Gestione della Performance e sia attraverso specifici interventi in ambito organizzativo e amministrativo, ha messo in atto delle apposite azioni volte a garantire il rispetto delle disposizioni normative regionali e nazionali.

Tabella n. 29 – Risultati Economici a confronto 2017 – 2016

Conto Economico	Bilancio di Esercizio 2017	Bilancio di Esercizio 2016	Var. 2017 - 2016	Var. % (2017 - 2016)/2016
Valore della Produzione	178.515.898	171.308.016	7.207.881	4%
Costo della Produzione	182.807.416	185.288.817	-2.481.401	-1%
Differenza	-4.291.519	-13.980.801	9.689.282	-69%
Proventi ed oneri finanziari	165.510	-199.905	365.416	-183%
Rettifiche di valore di attività finanziarie				
Proventi ed oneri straordinari	794.626	-14.657.864	15.452.490	-105%
Imposte e Tasse	6.142.198	6.218.093	-75.895	-1%
Utile (perdita) dell'esercizio	-9.473.581	-35.056.664	25.583.083	-73%

Fonte dati: Contabilità e Bilancio

L'analisi complessiva delle macro voci mostra, nel complesso, un decremento dei costi operativi ed anche un incremento della quota annuale assegnata: a partire dal 2017 infatti la quota è salita da euro 150 milioni ad euro 170 milioni. Nel dettaglio:

- **PERSONALE:** la diminuzione è stata generata soprattutto dai ritardi nelle procedure di selezione finalizzate alle assunzioni concordate; si noti peraltro che il Preventivo 2017 è stato approvato con DCA del 28/6/2017.
- **ACQUISTO DI BENI:** non si sono registrate significative variazioni.
- **SERVIZI:** la macrovoce ha registrato un decremento rispetto alle previsioni di 1.1 milioni di euro, pari al 9,29% . Si deve tuttavia rappresentare doverosamente che il contributo sarebbe stato maggiore, qualora non si fosse considerato un fenomeno che di seguito si espone.
La modalità di fatturazione delle Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale ONLUS avviene a consuntivo sulla base delle rendicontazioni dei costi sostenuti che vengono presentate periodicamente ad ARES e da questa esaminate ed approvate.
Nonostante i solleciti e nonostante la distanza temporale tra la chiusura del Bilancio di Esercizio 2017 e l'Esercizio in questione, si è notato che i dati di rendicontazione non sono sufficienti a coprire la quantità di ore di attività svolta dalle ONLUS medesime. Per questa ragione ARES ha provveduto ad un esame puntuale delle ore riferite a rendicontazione, mese per mese e per ciascuna ONLUS, ed attribuito il valore massimo rendicontabile (come da deliberazioni regolamentari aziendali) alle ore non coperte da rendiconto. Ne è risultato un costo, non ancora fatturato, di euro 2,7milioni, iscritte in bilancio come "fatture da ricevere".
- **MEDICINA DI BASE:** l'incremento si è registrato nel 2017 per applicazione delle disposizioni contenute nei Piani Operativi regionali: sono state accorpate le Sub centrali di Ariccia e Nettuno nonché di Bracciano e Civitavecchia. Ne è derivato un incremento del bacino di utenza di oltre un milione di abitanti, con conseguente potenziamento dei servizi. Il costo incrementale è dovuto pertanto esclusivamente a questo.

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

5.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITA'

Il Ciclo della Gestione della Performance Anno 2017 è stato governato dalla Direzione Strategica supportata dall'U.O.D. Controllo di Gestione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

La Relazione sulla Performance rappresenta la fase conclusiva del Ciclo di Gestione della Performance, le cui fasi, i soggetti coinvolti e le modalità di elaborazione sono riportate nel Piano Triennale della Performance dell'Azienda.

Il Ciclo di Gestione della Performance Anno 2017 è stato avviato con la declinazione degli obiettivi del Direttore Generale – D.C.A. n. U00214/2017 – ai Direttori Amministrativo e Sanitario e la successiva assegnazione degli obiettivi alle Unità Operative Aziendali.

Oltre alla Performance organizzativa, è stata avviata anche la Valutazione della Performance Individuale per tutto il Personale – Dirigenza e Comparto - attraverso la compilazione di apposite Schede di Valutazione, così come previsto dai Regolamenti Aziendali vigenti.



La verifica finale sul grado di attuazione del Piano della Performance trova la sua sintesi nella Relazione sulla Performance prevista dall'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La presente Relazione è stata redatta secondo i contenuti previsti dalla Delibera della CIVIT n. 5/2012, su mandato della Direzione Strategica, dalla U.O.D. Controllo di Gestione, che a sua volta è stata supportata attraverso la trasmissione dei dati dalle Unità Operative di competenza. In particolare:

- ✓ l'U.O.C. Direzione Medica Organizzativa;
- ✓ il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ✓ il Responsabile dei PAC;
- ✓ Il Responsabile Unico delle Liquidazioni.
- ✓ l'U.O.S. Risk Management;
- ✓ l'U.O.C. Qualità, Accreditamento e Vigilanza;
- ✓ l'U.O.D. Formazione.

La Relazione viene adottata con apposita deliberazione e viene trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione che ha il compito di approfondire i contenuti e formalizzare il Documento di Validazione della Relazione. Tali documenti saranno poi pubblicati sul sito web aziendale nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente, così come previsto dal D. Lgs. n. 33/2013.

5.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

La Relazione sulla Performance, intesa come momento di confronto tra i risultati conseguiti a consuntivo rispetto agli obiettivi definiti a monte e contenuti nel Piano Triennale della Performance, rappresenta un importante momento di analisi e di sintesi per l'Azienda. Infatti i dati a consuntivo costituiscono sia

un'opportunità per riorientare, ove necessario, la Strategia aziendale, sia una solida base di partenza per la successiva programmazione.

Punti di forza

Il Ciclo di Gestione della Performance è stato attuato con l'obiettivo, da un lato, di migliorare la qualità dei servizi offerti dall'Azienda e, dall'altro, di accrescere le competenze professionali di tutto il personale dirigente e non dirigente.

Il Ciclo di Gestione della Performance ha l'intento di produrre una maggiore responsabilizzazione di tutto il personale in quanto il Sistema di Misurazione e valutazione della Performance prevede la misurazione e la valutazione sia della performance organizzativa sia di quella individuale.

Il Ciclo di Gestione della Performance prevede una distribuzione a cascata degli obiettivi, a partire da quelli declinati dalla Regione ai Direttori Generali, passando per i Titolari di Budget, fino ad arrivare a quelli assegnati alle singole Strutture cui afferisce il Personale del Comparto.

Il Ciclo di Gestione della Performance è volto al miglioramento continuo della performance: il suo scopo, infatti, non è la definizione di un giudizio, ma l'attribuzione di valore alla performance individuale per apprezzare l'apporto del singolo e definire azioni di miglioramento per una crescita professionale continua e per l'efficacia del Sistema nel suo insieme.

Il Ciclo di Gestione della Performance prevede una stretta correlazione con la Trasparenza e con la Prevenzione della Corruzione al fine di assicurare una maggiore chiarezza e visibilità dei processi decisionali, in quanto attraverso l'esplicitazione degli obiettivi, delle finalità, dei punti di criticità nelle fasi di realizzazione degli stessi ed il raffronto tra i risultati conseguiti e quelli attesi consente una più coordinata ed efficace azione amministrativa.

Punti di debolezza

Il Ciclo di Gestione della Performance è ancora percepito da una parte del personale come un mero adempimento normativo e non come strumento di supporto decisionale per la gestione delle risorse, di miglioramento dei servizi all'utenza e di crescita individuale. Pertanto, al fine di superare tale visione è necessario proseguire con azioni di sensibilizzazione, formazione ed informazione in modo da ottenere un completo sviluppo della cultura organizzativa comune e condivisa improntata al risultato.

Il Ciclo di Gestione della Performance prevede una stretta correlazione tra gli obiettivi previsti nell'ambito della performance organizzativa e quelli previsti per la valutazione individuale. Al fine di incentivare la collaborazione e il teamworking, risulta necessario incrementare presso tutto il Personale, dirigente e non, la comunicazione in merito ai contenuti del Piano della Performance e dei relativi risultati così da rendere tutti pienamente consapevoli delle azioni da mettere in atto per il raggiungimento degli obiettivi.

Nel Ciclo di Gestione della Performance non è stata prevista una specifica pianificazione degli obiettivi relativi alle pari opportunità.

Nella fase di valutazione della Performance, sia per la Dirigenza sia per il Personale del Comparto, si è riscontrato un generale appiattimento verso l'alto della performance organizzativa delle Strutture e di quella individuale. Tale risultato, relativamente alla performance organizzativa, può essere la conseguenza di obiettivi negoziati non sempre troppo sfidanti e/o di un Sistema Premiante non troppo rigido. Risulta, pertanto, necessario migliorare la fase ex ante di programmazione degli obiettivi ed in particolare di ridurre, ove possibile, il numero degli obiettivi aumentandone il relativo peso e migliorando la qualità degli indicatori utilizzati.