



DELIBERAZIONE n° 269 DEL 04 MAG. 2017

Struttura proponente: U.O.D. CONTROLLO DI GESTIONE

Codice settore proponente: CG 0001/2017

OGGETTO: *Approvazione del piano delle Prestazioni e dei Risultati per il triennio 2015 - 2017*

Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Guglielmo Di Balsamo

 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)Firma Guglielmo Di Balsamo

Data _____

Parere del Direttore Sanitario: Dott. Domenico Antonio Ientile

 FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)Firma Domenico Antonio Ientile

Data _____

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

04 MAG. 2017

COMPILATO DALLA UOC PROPONENTE:



non comporta impegno di spesa

comporta impegno spesa come da tabelle sottostanti

	Codice	Descrizione
UOD Proponente / Ufficio Liquidatore	CG	CONTROLLO DI GESTIONE
CIG (smartcig)		
CUP		

Conto	Descrizione del Conto	Importo	Periodo di riferimento

Firma del Proponente

[Signature]

Data

20/4/2017

04 MAG. 2017

Da compilare in caso di recupero da Sub-Autorizzazioni non utilizzate o utilizzate solo in parte:

<u>Riferimento SUB</u>	<u>Conto 1 dal quale sottrarre importo</u>	<u>Descrizione del conto 1</u>	<u>Importo</u>

<u>Conto 2 al quale assegnare importo</u>	<u>Descrizione del Conto 2</u>	<u>Importo</u>	<u>Anno di riferimento</u>

Data _____

Firma Proponente/Richiedente _____

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento:

Firma _____

Data 20/4/2017

Il Dirigente:

Firma _____

Data 20/4/2017

A cura della UOC Contabilità e Bilancio:

Non comporta scostamento Budget annuale (Delibera _____)

Comporta scostamento Budget annuale (Delibera _____)

Per Euro _____

Sub Autorizzazione n. _____

Data _____

Firma _____

Foglio aggiuntivo casi particolari (Delibera n. _____ Regolamento atti Deliberativi ARES 118)

SI

NO

04 MAG. 2017

Il Dirigente UOD Controllo di Gestione relaziona al Direttore Generale e propone il seguente schema di deliberazione:

VISTI la Legge Regionale 3 agosto 2004, n. 9, con cui veniva istituita l'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria;

il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni;

l'Atto Aziendale di diritto privato dell'ARES 118, adottato con Deliberazione n.ro 319 del 14/11/2014 e pubblicato sul BURL n.ro 32 – Supplemento 1 del 21/04/2015;

- il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e successive modificazioni ed integrazioni;

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

- la legge regionale 16 Marzo 2011, n. 1 recante "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";

- in particolare l'art. 4, della succitata legge, che recita: "1. le amministrazioni di cui all'articolo 2, comma 1, sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con le fasi della programmazione economico-finanziaria e del bilancio e in conformità a quanto previsto dall'articolo 4 del d.lgs. 150/2009, il ciclo di gestione della prestazione e dei risultati. 2. Il ciclo di gestione della prestazione e dei risultati si articola nelle seguenti fasi: a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili; b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi; d) misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati organizzativi e individuali; e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai dirigenti apicali nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi";

- altresì, l'art. 10 della citata legge regionale 1/11, che prescrive, "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della



04 MAG. 2017

prestazione e dei risultati" che "gli organi di indirizzo politico-amministrativo" adottino "annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della prestazione e dei risultati, che, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio" individui "gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi", contemplando inoltre la possibilità di inserire all'interno del suddetto Piano, in corso di esercizio, le eventuali variazioni degli obiettivi e degli indicatori della prestazione e dei risultati organizzativi e individuali;

PRESO ATTO

- che con deliberazione 19 ottobre 2015, n. 427, è stata approvata la proposta di bilancio economico di previsione definitivo per l'anno 2015;
- che con deliberazione n. 566 del 12 dicembre 2016 è stata approvato il Budget 2016, in esito al concordamento intervenuto sulla proposta di Bilancio Economico Preventivo adottato con deliberazione n. 132 del 22 marzo 2016;
- che con deliberazione n. 520 del 18 novembre 2016 è stata approvata la proposta di Bilancio economico di previsione per l'anno 2017, ancora in attesa di concordamento;

VISTA la deliberazione CIVIT n. 112 del 28 ottobre 2010, con cui sono state fornite istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance (rectius "della prestazione e dei risultati");

PREMESSO che la Regione Lazio, con DCA 25 luglio 2014 n. 247, e s.m.i, ha proceduto all'adozione dei programmi Operativi 2013/2015, a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio;

- che con deliberazione 14 novembre 2014, n. 318 è stato approvato il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016, sulla base delle linee guida impartite dalla Regione Lazio con DCA 30 luglio 2014, n. 251;

- che con DCA 19 marzo 2015 n. 110, la Regione Lazio ha approvato l'Atto Aziendale dell'ARES 118, definito con deliberazione 14 novembre 2014 n. 319;

- che con DCA 12 giugno 2015, n. 248, la Regione Lazio ha, tra l'altro, assegnato ai Direttori Generali delle Aziende del SSR gli obiettivi per l'anno 2015;

- che in assenza di obiettivi strategici formalmente affidati all'Azienda per l'anno 2016 da parte della competente struttura regionale, si è ritenuto comunque opportuno e necessario procedere alla formalizzazione di obiettivi specifici della gestione per l'anno 2016, con deliberazione 430 del 29 settembre 2016, successivamente integrata con deliberazione n. 582 del 14 dicembre 2016, sulla base di quanto ritenuto fondamentale alla realizzazione della mission aziendale, e del nuovo assetto organizzativo, nel perseguimento degli obiettivi di mandato, ed in particolare:

- a. le azioni e le scadenze prescritte dal Piano Triennale di Trasparenza e Anticorruzione 2016 - 2018, adottato con deliberazione 25 maggio 2016, n. 242;

04 MAG. 2017.

- b. Le azioni e le scadenze previsti e prescritti dal Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2016 (Deliberazione 14 settembre 2016, n. 409);
- c. Le azioni e le scadenze prescritte dal regolamento aziendale per la liquidazione del fatturato passivo (deliberazione 12 luglio 2016 n. 124);
- d. Le azioni e le scadenze previste dal 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);
- e. Le azioni e le scadenze prescritte dai Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC);

- che con nota 21 ottobre 2016 n. 528393, il Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro ha affidato ai Direttori Generali delle Aziende del SSR l'obiettivo di azzerare:

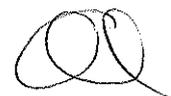
- ✓ entro il 31 dicembre 2016 lo stock di fatturato passivo scaduto non liquidato riferibile alle fatture i cui tempi fisiologici di pagamento fossero scaduti o scadessero tra il 1^a gennaio ed il 31 dicembre 2016;
- ✓ entro il 31 marzo 2017 l'intero stock del fatturato aziendale presente sia sul sistema Accordo Pagamenti che sulla Piattaforma PCC ha fissato quale obiettivo vale a dire la riduzione a zero - entro il 31 dicembre 2016 - dello stock del fatturato passivo scaduto non liquidato riferibile alle fatture i cui tempi fisiologici di pagamento scadessero tra il 1^a gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016 e la riduzione a zero dell'intero stock del fatturato Aziendale su Accordo Pagamenti e su PCC entro il 31 marzo 2017;

- che pertanto si è provveduto ad integrare il set di obiettivi definito con la succitata deliberazione 430/2016, inserendo la suriportata prescrizione commissariale relativa all'azzeramento del debito tra gli obiettivi specifici della gestione affidati alle strutture Aziendali;

- che i suddetti obiettivi, comprensivi di tempi, risorse e responsabilità organizzative rappresentano altresì gli obiettivi strategici della gestione per il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo Aziendale, cui spettano i compiti di dirigere e coordinare le azioni delle strutture Aziendali di rispettiva afferenza, ed in coerenza a ciò, con determinazione n. 171 del 18 ottobre 2016 - integrata con determinazione 174 del 7 novembre 2016 - gli stessi obiettivi, raggruppati in aree tematiche omogenee, sono stati affidati ai succitati direttori;

CONSIDERATO quanto sinora esposto quale quadro di insieme dell'azione dell'Azienda per il triennio 2015 - 2017, ed in particolare il suo sviluppo per l'anno 2016;

RITENUTO pertanto di approvare il piano delle prestazioni e dei risultati del triennio 2015 - 2017 dell'ARES 118, allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante, prevedendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale.



04 MAG. 2017

Per tutto quanto esposto in narrativa si propone al Direttore Generale di:

- considerare le premesse parte integrante del presente dispositivo;
- di approvare il piano delle prestazioni e dei risultati del triennio 2015 – 2017 dell'ARES 118, allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante.

Si dichiara che il presente schema di deliberazione è stato proposto dal Dirigente della UOD Controllo di Gestione, il quale, consapevole delle disposizioni di cui al D.lgs. 165/2001 in tema di responsabilità dirigenziale, attesta che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità ed efficacia di cui all'art. 1, primo comma della Legge n.ro 241/1990 così come modificato dalla Legge 15/2005 nel rispetto delle procedure aziendali della normativa vigente e dei requisiti di utilità e opportunità dell'attività aziendale.

IL DIRIGENTE UOD CONTROLLO DI GESTIONE

Dr.ssa Elena Bellani



Il Direttore Generale, con i poteri di cui alle Deliberazioni ARES 118 n. 1 del 10 febbraio 2014, di presa d'atto del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00022 del 30.01.2014: "*Nomina del Direttore Generale dell'Azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118*" e n. 69 del 8 febbraio 2017, di presa d'atto del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00025 del 7 febbraio 2017: "*Differimento della scadenza della nomina del Direttore Generale dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria Ares 118*", vista la relazione contenuta nella presente proposta di delibera inoltrata dal Dirigente UOD Controllo di Gestione

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per le motivazioni richiamate in premessa, che qui si intendono integralmente riportate, unitamente agli atti allegati:

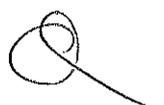
- di approvare il piano delle prestazioni e dei risultati del triennio 2015 – 2017 dell'ARES 118, nel suo sviluppo per l'anno 2016, allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante, prevedendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale – Amministrazione Trasparente - <http://www.ares118.it/performance/piano-della-performance.html>

04 MAG. 2017

La presente deliberazione è composta di n. 84 pagine di cui n. 76 pagine di allegati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.ares118.it per 15 giorni consecutivi, ai sensi della Legge Regionale n. 45/96.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Maria Paola CORRADI)





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ARES
118



REGIONE
LAZIO

PIANO TRIENNALE DELLE PRESTAZIONI E DEI RISULTATI ANNO 2015 - 2017



PRESENTAZIONE DEL PIANO E INDICE

Il Piano delle Prestazioni e dei Risultati, principale documento programmatico individuato dal legislatore, rappresenta l'occasione per far conoscere agli utenti e a tutte le componenti dell'Azienda, gli obiettivi che, nel corso del triennio di riferimento, l'Azienda si propone di perseguire costituisce un documento di programmazione triennale (a scorrimento annuale) previsto e disciplinato dall'art 10 comma 1 lettera a) del Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009, che deve essere predisposto dalle Aziende in ossequio al succitato decreto ed all'art. 10 della Legge Regionale 16 maggio 2011, n. 1.

Il Piano dell'ARES 118 è un documento redatto in maniera sintetica e schematica, attraverso il quale la Direzione Strategica si propone esplicitare il processo e la modalità di formulazione degli obiettivi dell'Amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi, al fine di verificare la coerenza di questi con i requisiti metodologici di cui al D.Lvo 150/2009, ed in particolare la loro:

- rilevanza e pertinenza rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità e strategie dell'amministrazione;
- specificità e misurabilità in termini chiari e concreti;
- capacità di determinare un significativo miglioramento nella qualità dei servizi erogati;
- riferibilità ad un arco temporale determinato;
- commisurazione ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livelli nazionale o internazionale, o da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabilità con le tendenze dell'attività aziendale, over possibile al triennio precedente;
- correlazione alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Tutto ciò in coerenza con la programmazione regionale, finanziaria e di bilancio.

Con tale documento, l'ARES 118 esplicita i propri indirizzi ed obiettivi, strategici e operativi, il cui raggiungimento viene valutato annualmente, sulla base di specifici indicatori.

Il Piano viene aggiornato annualmente in relazione a:

- obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;

- modifiche del contesto, interno ed esterno, di riferimento;
- modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento.

Con precedenti provvedimenti, l'Azienda ha adottato il Piano delle Prestazioni e dei Risultati per il triennio 2012 – 2014 ed i relativi aggiornamenti annuali, il Piano strategico 2014 – 2016 e l'atto di Autonomia Aziendale.

Il presente Piano rappresenta la definizione degli obiettivi del triennio 2015 – 2017, sulla base degli indirizzi regionali (DCA 25 luglio 2014 n. 247, e s.m.i di adozione dei programmi Operativi 2013 – 2015), e la loro determinazione per l'anno 2016, nel quadro definito dai provvedimenti sopra citati e della loro realizzazione nell'anno 2015.

L'aggiornamento del Piano per l'anno 2016 tiene dunque conto, più nel dettaglio:

- del Piano Triennale di Trasparenza e Anticorruzione 2016 - 2018, adottato con deliberazione 25 maggio 2016, n. 242;
- del Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2016 (Deliberazione 14 settembre 2016, n. 409);
- del 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);
- dei Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC);
- del regolamento generale per la liquidazione del fatturato passivo (deliberazione 12 luglio 2016 n. 124)
- della nota del Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di rientro - n. 0528393 del 21 ottobre 2016 - con la quale, atteso il permanere, a livello regionale, di uno stock di crediti scaduti e non liquidati di rilevantissima entità, ed in considerazione della rilevante importanza strategica e gestionale del rispetto della normativa nazionale di riferimento in tema di riduzione dei tempi di pagamento, si è attribuito alle Aziende sanitarie l'obiettivo di ridurre a zero entro il 31 dicembre 2016 lo stock del fatturato passivo scaduto non liquidato riferibile alle fatture i cui tempi fisiologici di pagamento fossero scaduti (e scadessero) tra il 1^a gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016, e l'intero stock del fatturato aziendale (presente su Accordo Pagamenti e su PCC) entro e non oltre il primo trimestre del 2017.

1.1 CHI SIAMO	4
1.2 COSA FACCIAMO	4
1.3 COME OPERIAMO	5
1.4 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	5
1.5 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	10
1.6 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	11
1.7 ANALISI DEL CONTESTO	13
1.8 VALORI	15
1.9 I PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 25 LUGLIO 2014, N. 247	16
1.10 GLI OBIETTIVI DEL PIANO STRATEGICO AZIENDALE 2014-2016: DELIBERAZIONE N. 318 DEL 14 NOVEMBRE 2014	17
1.11 GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' - DDCCAA U00292 del 2 luglio 2013, U00059 del 12 febbraio 2015, U00311 DEL 11 OTTOBRE 2016	18
1.12 GLI OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DI TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE - DELIBERAZIONE 190/2015 E 242/2016	19
1.13 IL GIUBILEO STRAORDINARIO DELLA MISERICORDIA	22
1.14 GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI: DETERMINAZIONE N. 171 DEL 18 OTTOBRE 2016, INTEGRATA CON DETERMINAZIONE N. 174 DEL 7 NOVEMBRE 2016	25
1.15 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI: DELIBERAZIONE N. 430 DEL 29 SETTEMBRE 2016, INTEGRATA DALLE DELIBERAZIONI NN. 466 DEL 24 OTTOBRE 2016 E 582 DEL 14 DICEMBRE 2016	26
1.16 FASI DEL PROCESSO	27

1.1 CHI SIAMO

L'ARES 118 acquisisce giuridica esistenza, giusta Legge Regionale n. 9/2004, dal 1° gennaio 2015, e 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.

Nella Regione Lazio, l'ARES 118 gestisce le fasi di allarme e di risposta di emergenza sanitaria territoriale attraverso 2 Centrali Operative Provinciali (Frosinone e Latina), 1 Centrale Operativa sovraprovinciale (Rieti – Viterbo) ed una Centrale Operativa Provinciale che copre altresì l'area di Roma Città Metropolitana, oltre al Servizio di Elisoccorso.

1.2 COSA FACCIAMO

Le Centrali operative dell'ARES 118 provvedono alla gestione delle chiamate del territorio di riferimento (provinciale, sopra provinciale), all'assegnazione del relativo livello di urgenza e all'invio sul posto dei mezzi di soccorso necessari.

Le CCOOPP coordinano le postazioni di soccorso che sono dislocate su tutto il territorio regionale e 220 mezzi di soccorso su ruota.

Il servizio di elisoccorso è dedicato principalmente alle missioni collegate ad interventi di tipo primario (soccorso in emergenza extraospedaliera, con trattamento sul luogo dell'evento e trasferimento al presidio ospedaliero di riferimento), interventi di tipo secondario (trasferimento di paziente critico interospedaliero in continuità di soccorso e non), interventi di soccorso nell'ambito di maxiemergenze e grandi eventi.

L'ARES 118 riveste, inoltre, per mandato istituzionale, uno specifico ruolo nella vigilanza degli enti autorizzati al trasporto infermi e nell'accreditamento delle organizzazioni che operano nel sistema emergenza urgenza pubbliche e private.

Nella sua funzione di governo del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale, l'ARES 118 riferisce alla Regione e applica gli strumenti di programmazione e controllo a garanzia della qualità delle prestazioni del trasporto sanitario e dell'emergenza urgenza.

1.3 COME OPERIAMO

Nel governo regionale del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale, ARES 118 si avvale, nell'ambito delle sue articolazioni, di strumenti operativi omogenei, nell'ottica di garantire in tutte le aree di intervento i medesimi livelli qualitativi. In tal senso, un rilevante significato assumono, nella promozione dell'appropriatezza degli interventi, le procedure e i protocolli clinico-assistenziali ed organizzativi implementati, sia in ambito interno che nell'ambito delle relazioni con i diversi soggetti coinvolti nella rete dell'emergenza, a partire dalle strutture ospedaliere e dai pronto soccorso.

Un supporto rilevante all'efficienza del percorso assistenziale dei soggetti soccorsi è garantito da una serie di funzionalità comunicative, anche informatiche, tra i nodi della rete.

Nell'ARES 118 viene svolta una continua attività di formazione e aggiornamento degli operatori dell'assistenza in emergenza sia interni che esterni.

1.4 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

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).*

Per quanto attiene la popolazione di riferimento, la popolazione residente della regione Lazio è di circa 5.800.000 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 (cfr. tabella seguente).

Provincia	POPOLAZIONE	ESTENSIONE KMQ	DENSITÀ ABITATIVA POP / KMQ
	Totale	Totale	Totale
FROSINONE	495.026	3.244	152,60
LATINA	574.226	2.250	255,21
ROMA *	4.494.583	5.381	835,27
RIETI	158.467	2.749	57,65
VITERBO	320.279	3.612	88,67
TOTALE	6.042.581	17.236	350,58
* La popolazione di Roma aumenta di circa 22.5 milioni / anno di unità per flussi turistici e non residenti, con una media di presenza di 2.5 giorni.			
Popolazione equivalente = 22.5M * 2.5g / 365 = 154.109			

DATI DI ATTIVITA'

Si riportano di seguito alcuni dati di struttura dell'Azienda ARES 118, nonché i dati di attività relativi all'anno 2015.

Attualmente le postazioni territoriali, presso le quali sono ubicati i mezzi di soccorso dell'Azienda, sono n. 154, suddivise per provincia, come semplificato nella tabella seguente.

Si ricorda che le CCOO di Viterbo e Rieti, benché ancora fisicamente distinte, sono funzionalmente accorpate in una Centrale Operativa unica.

NUMERO POSTAZIONI PER CENTRALE

PROVINCIA	POSTAZIONI
FROSINONE	14
LATINA	19

VITERBO-RIETI	28
ROMA CAPITALE	93
TOTALE	154

Ogni centrale operativa presenta una dotazione di mezzi di soccorso, come illustrato nella tabella sottostante.

CONSISTENZA MEZZI PER CENTRALE OPERATIVA

PROVINCIA	AM	MSA	MSB	TOTALE
FROSINONE	5	1	20	26
LATINA	5	0	24	29
VITERBO-RIETI	7	1	27	35
ROMA CAPITALE	14	9	107	130
TOTALE	31	11	178	220

AM automedica
MSA mezzo di soccorso avanzato
MSB mezzo di soccorso di base

ATTIVITA' DI SOCCORSO

PROVINCIA	SOCCORSI	MISSIONI	TEMPO MEDIO DA INVIO	TEMPO MEDIO DA CHIAMATA
FROSINONE	26.213	34.761	00:13:21	00:16:26
LATINA	39.046	48.124	00:12:04	00:14:21
RIETI	12.290	15.746	00:14:23	00:17:19
ROMA	290.830	325.910	00:08:53	00:14:40
VITERBO	19.349	25.470	00:12:16	00:15:47
TOTALE	387.728	450.011	00:09:53	00:14:53

SOCCORSI PER CODICE DI GRAVITA' PER CENTRALE OPERATIVA

PROVINCIA	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	TOTALE
FROSINONE	14	2.297	19.574	4.328	26.213
LATINA	48	4.781	29.139	5.078	39.046
RIETI	125	1.728	8.266	2.171	12.290
ROMA	1.525	55.748	193.835	39.722	290.830
VITERBO	94	6.943	10.787	1.525	19.349
TOTALE	1.806	71.497	261.601	52.824	387.728

MISSIONI ELIAMBULANZA PER CENTRALE OPERATIVA RICHIEDENTE

PROVINCIA	TEMPO MEDIO ARRIVO SUL TARGET	MISSIONI
FROSINONE	00:21:06	251
LATINA	00:23:31	286
RIETI - VITERBO	00:17:38	571
ROMA	00:19:06	713
CCR	00:25:11	317
TOTALE	00:20:20	2138

MISSIONI ELIAMBULANZA PER BASE DI ELISOCCORSO

BASE	TEMPO MEDIO ARRIVO SUL TARGET	MISSIONI
LATINA	00.19.11	700
ROMA	00.21.32	903
VITERBO	00.17.38	535
TOTALE	00.14.06	2138

MISSIONI ELIAMBULANZA PER TIPOLOGIA/ANNULLATE

MISSIONI	ANNO 2015
Primarie	1512
Secondarie	361
Annullate	265
Totali	2138

Per quanto attiene le risorse umane in dotazione all'Azienda ARES I18, si riporta di seguito una tabella riassuntiva della situazione al 31 dicembre 2015

RUOLO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	COLLABORATORI EX ART. 7 COMMA 6	TOTALE
AMMINISTRATIVO	92	3	0	95
PROFESSIONALE	1	0	0	1
TECNICO	743	78	0	821

RUOLO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	COLLABORAT ORI EX ART. 7 COMMA 6	TOTALE
SANITARIO	836	54	8	898
TOTALE	1672	135	8	1815

Personale del ruolo sanitario: 135 (dirigenza) + 755 (comparto)

Personale del ruolo professionale: 1 (dirigenza)

Personale del ruolo tecnico: 821 (comparto)

Personale del ruolo amministrativo: 9 (dirigenza) + 86 (comparto).

Il trend di costante riduzione del 10 % annuo circa, in corso sin dal 2006, ha visto un rallentamento, nell'anno 2015, grazie alle immissioni, avvenute nel corso del mese di dicembre, di personale sanitario (44) e tecnico (62) a tempo determinato, destinato a potenziare l'organico in vista delle incrementate esigenze di protezione sanitaria indotte dal Giubileo della Misericordia.

L'esame della distribuzione delle risorse umane fa emergere la sostanziale equivalenza delle competenze sanitarie e tecniche (del comparto) all'interno dell'azienda e la residualità della componente amministrativa, che rappresenta il 5 % circa del totale

1.5 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

L'ARES I18, componente del sistema regionale dell'emergenza – urgenza sanitaria:

- garantisce una capacità di risposta immediata, compiuta ed omogenea, a coloro che si trovano in una situazione di emergenza sanitaria, assicurando il trasporto ed il ricovero dei pazienti critici negli ospedali più adeguati al trattamento della loro condizione clinica;

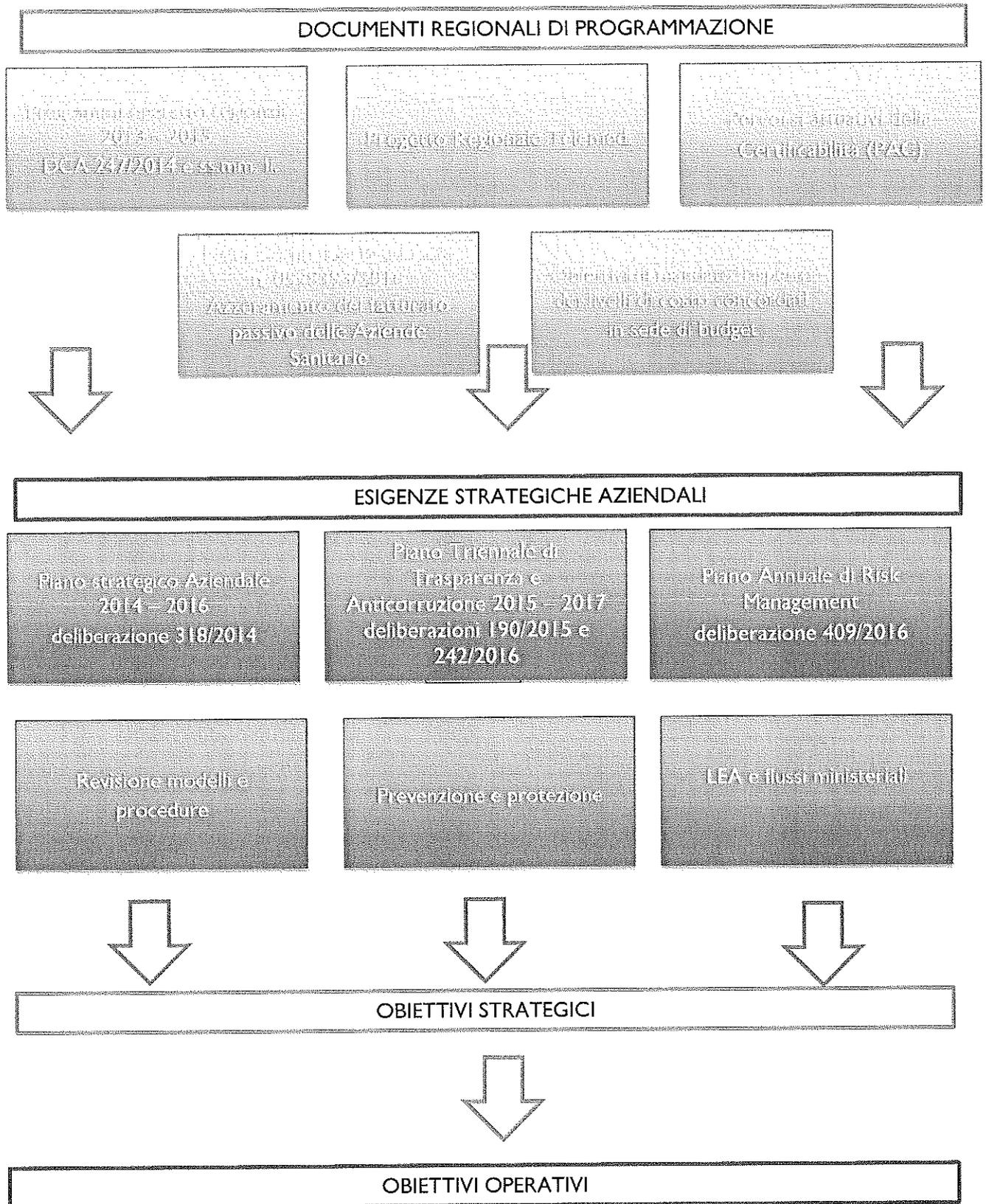
- estende la copertura sanitaria ai grandi eventi, alle catastrofi ed alle maxi-emergenze anche attraverso l'integrazione operativa con le forze dell'ordine, i Vigili del Fuoco, la Croce Rossa Italiana, le Associazioni di Volontariato, la Protezione civile e gli altri enti deputati alla sicurezza;
- contribuisce all'organizzazione della continuità assistenziale per le finalità dell'assistenza all'urgenza sanitaria in collaborazione con i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali.

1.6 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della Performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici, e obiettivi operativi. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'Azienda. L'albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle principali dimensioni della performance.

Gli obiettivi triennali ed annuali assegnati dai documenti regionali di programmazione costituiscono la base di partenza per l'elaborazione della mappa. Gli stessi si integrano con le esigenze strategiche aziendali, correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici (assegnati al Direttore Amministrativo ed al Direttore Sanitario Aziendale), a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai dirigenti .

Per ciascuno di questi, vengono dettagliati l'indicatore ed il target. L'orizzonte temporale, ove non diversamente specificato, è l'anno 2016.



I.7 ANALISI DEL CONTESTO

IL CONTESTO ESTERNO

Il Contesto di riferimento al cui interno l'ARES 118 si trova a dover garantire la propria attività istituzionale e la governance economico – finanziaria risulta essere fortemente vincolato dalle scelte strategiche del legislatore, nazionale e regionale.

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.

IL CONTESTO INTERNO

LA DIREZIONE STRATEGICA

Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'Azienda, responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i responsabili delle strutture operative. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da lui nominati.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Aziendale che assicura la direzione strategica dell'ARES attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri) alla gestione dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale, nominato dal Direttore Generale, è formato da tre componenti e dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Con deliberazione n. 319 del 14 novembre 2014 è stato approvato l'atto di autonomia aziendale, sottoposto all'approvazione della Regione Lazio, ottenuta con DCA 110 del 19 marzo 2015. Da tale momento, perciò, ci si riferisce alle strutture presenti nel nuovo atto aziendale, o meglio, a quante tra queste abbiano ricevuto pronta e piena realizzazione, in attesa delle risorse necessarie alla sua completa attuazione.

Dal punto di vista organizzativo, il nuovo atto aziendale definisce la risposta alle indicazioni programmatiche regionali in termini di articolazioni aziendali, di azioni di razionalizzazione e di sviluppo degli assetti strategici dell'Azienda, definendone altresì le linee di responsabilità, con

l'obiettivo di dotare l'Azienda di un disegno decisionale chiaro, tempestivo ed efficace da realizzare mediante il decentramento operativo e l'autonomia delle singole unità operative, bilanciati dalla centralizzazione delle funzioni di coordinamento, programmazione e controllo.

Possiamo pertanto distinguere le seguenti tipologie di funzioni presenti in Azienda, in relazione alle attività da garantire ed alle finalità interne o esterne perseguite nell'esercizio delle loro funzioni:

Funzioni di Staff (TRASPARENZA, PRIVACY E ANTICORRUZIONE, RISK MANAGEMENT, QUALITÀ ACCREDITAMENTO E VIGILANZA, CONTROLLO DI GESTIONE, FORMAZIONE E RICERCA, PSICOLOGIA, PREVENZIONE E PROTEZIONE);

Funzioni in line amministrative (GESTIONE RISORSE UMANE, AFFARI GENERALI, PATRIMONIO E GESTIONE RISORSE IMMOBILIARI E TECNOLOGICHE, CONTABILITÀ E BILANCIO, ACQUISIZIONE E GESTIONE BENI E SERVIZI)

Funzioni in line sanitarie (DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA, SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO AZIENDALE, MAXI-EMERGENZE, S.U.E.S. ROMA - CITTÀ METROPOLITANA, S.U.E.S. RIETI E VITERBO, S.U.E.S. FROSINONE, S.U.E.S. LATINA, S.U.E.S. ELISOCORSO, CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE)

1.8 VALORI

Equità - Garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie di urgenza ed emergenza, secondo criteri espliciti e coerenti con la mission aziendale, curando la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona.

Sicurezza - Assicurare una adeguata qualità di vita lavorativa agli operatori che, a vario titolo, esercitano la loro funzione nell'attività di soccorso, riducendone i rischi, al fine di evitare potenziali situazioni dannose per gli operatori e per le persone assistite.

Azione di sistema - Ricercare ogni forma di collaborazione con le istituzioni deputate alla tutela della salute, partecipando alle iniziative promosse a livello provinciale, regionale e nazionale, in attuazione di specifici progetti-obiettivo e di programmi di coordinamento delle attività sanitarie di competenza.

Qualità delle cure - Prestare massima attenzione alla qualità delle cure perseguendo con determinazione l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Introdurre nella gestione corrente, ad ogni livello di responsabilità, i principi del miglioramento continuo della qualità.

Consolidare la realizzazione di un sistema di indicatori orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti.

Efficienza e responsabilità - Ricercare il miglior assetto organizzativo e gestionale per ottimizzare l'uso delle risorse, assegnando ai dirigenti autonomia gestionale e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi assegnati.

1.9 I PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 25 LUGLIO 2014, N. 247

Con DCA n. 247 del 25 luglio 2014, avente oggetto l' "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", sono stati individuati i principali interventi inerenti la riorganizzazione delle reti ospedaliere, delle reti delle patologie tempo dipendenti, nonché la riorganizzazione del sistema di soccorso territoriale con attribuzioni di nuove linee di attività ad ARES I18.

In linea con quanto previsto dal citato decreto, dal relativo regolamento attuativo e dalle successive modifiche ed integrazioni, gli obiettivi da perseguire sono:

- Riduzione del numero Centrali Operative con soppressione della Centrale Operativa Regionale e accorpamento delle Centrali Operative di Roma Capitale e Roma Provincia e di Rieti e Viterbo.
- rimodulazione del numero dei mezzi di soccorso, suddivisi per il territorio di afferenza dei DEA II, calcolando il fabbisogno in base al rapporto 1 mezzo medicalizzato / 60.000 abitanti, tenendo in considerazione la popolazione residente per territori montani e di pianura, la viabilità e i tempi di percorrenza, i flussi migratori turistici e la presenza delle isole pontine;
- estensione h24, in aggiunta a quella h24 di Roma, delle basi dell'elisoccorso di Latina e di Viterbo;
- implementazione delle elisuperfici e dei punti di atterraggio a servizio dell'elisoccorso;
- Estensione del sistema di trasmissione del tracciato ECG dal mezzo di trasporto al centro di cardiologia con servizio di emodinamica di riferimento;
- redazione di un piano di fattibilità sull'Organizzazione ed attivazione di un sistema di trasporto regionale per il prelievo ed il trapianto di organi;
- partecipazione al tavolo di lavoro regionale per la redazione, diffusione ed implementazione di un documento su "Percorsi clinico assistenziali per l'emergenza nell'ICTUS" (PCAE ICTUS).

**1.10 GLI OBIETTIVI DEL PIANO STRATEGICO AZIENDALE 2014-2016:
DELIBERAZIONE N. 318 DEL 14 NOVEMBRE 2014**

Con la succitata deliberazione sono stati definiti - nel quadro costituito dai nuovi programmi operativi 2013 – 2015 adottati con DCA 247 del 25 luglio 2014, dagli obiettivi definiti con il DCA 148/2014, nonché dai principi contenuti nel DCA 259 del 6 agosto 2014 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio” - i principali e fondamentali ambiti di sviluppo dell'ARES 118, da realizzare nel triennio 2014 – 2016, nei seguenti contesti operativi:

1. Governance Sanitaria

- a) riduzione del numero di centrali operative
- b) riorganizzazione e rimodulazione della gestione dell'emergenza territoriale extra – ospedaliera
- c) implementazione su base regionale di un sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico ai centri ospedalieri dotati di emodinamica;
- d) partecipazione attiva all'avvio del NUE 112, come previsto dalle direttive comunitarie in materia, adottando il modello del call center laico;
- e) implementazione dell'attività di elisoccorso attraverso la ridefinizione del numero e della fascia oraria delle singole elisuperfici dedicate all'attività HEMS presenti sul territorio regionale;
- f) centralizzazione e coordinamento dei trasporti secondari non legati al primo intervento;
- g) centralizzazione e coordinamento delle attività di trasporto connesse all'attività trapiantologica;
- h) potenziamento della gestione dei grandi eventi;
- i) potenziamento dell'attività inerente la formazione;
- j) potenziamento delle attività connesse al Risk Management.

2. Sistemi e Flussi informativi, sistemi di tele e radio comunicazione e dotazione tecnologica Aziendale

- a) attivazione dei nuovi sistemi informativi previsti dalla gara regionale;
- b) implementazione del sistema informativo aziendale;

- c) potenziamento del sistema GIPSE online coe sistema di supporto al monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso ed integrazione dei sistemi GIPSE – ARES
- d) realizzazione di un programma di ammodernamento del parco tecnologico aziendale sia in termini di dotazione di elettromedicali sia in termini di mezzi di soccorso su ruota.

3. Governance Amministrativa

- a) creazione di un'area di coordinamento che veda collocate al suo interno la struttura deputata alla gestione economico finanziaria insieme alle strutture che si occupano dell'acquisizione e gestione di beni e servizi;
- b) unificazione delle strutture deputate alla gestione giuridica ed economica del personale;
- c) creazione di una struttura di coordinamento a livello centrale delle funzioni amministrative di supporto alle centrali operative.

1.11 GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' - DDCCAA U00292 del 2 luglio 2013, U00059 del 12 febbraio 2015, U00311 DEL 11 OTTOBRE 2016

Il decreto del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 1 marzo 2013, recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" prevede che, in attuazione dell'art. 3 del DM 17 settembre 2012, siano, tra l'altro, definiti i Percorsi Attuativi della Certificabilità ed i requisiti comuni a tutte le regioni. In esecuzione del predetto Decreto, la Regione Lazio, con propri provvedimenti, ha adottato i Percorsi Attuativi della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie, aggiornandoli in esito ai processi di riorganizzazione ed accorpamento delle Aziende medesime nonché all'avvio del progetto di assistenza contabile finalizzato all'attuazione dei PAC .

Le azioni definite all'interno dei PAC aziendali rispondono a due ordini di intervento: procedurali e sostanziali.

Le azioni di carattere procedurale rappresentano la base per l'implementazione di un sistema di controllo interno, inteso come il complesso di strutture e di meccanismi atti a prevenire, individuare e correggere errori che possano avere impatto significativo in bilancio, mentre le azioni di carattere sostanziale sono volte a garantire la correttezza di specifici saldi di bilancio.

Per ciascuna azione afferente gli obiettivi posti alla base del PAC è stata indicata una specifica scadenza entro la quale l'Azienda dovrà implementare il controllo.

La verifica dello stato di avanzamento viene condotta con cadenza trimestrale a partire dal 15 febbraio 2015 e secondo le modalità previste dal D.M. 17 settembre 2012 e D.M. 1 marzo 2013.

Qui di seguito le aree di bilancio cui si riferiscono le azioni afferenti gli obiettivi di PAC:

A - Sistemi di controllo interno - Requisiti di carattere generale

B - G.S.A. (non attinente l'Azienda)

C - Bilancio Consolidato (non attinente l'Azienda)

AREA IMMOBILIZZAZIONI

AREA RIMANENZE

AREA CREDITI E RICAVI

AREA DISPONIBILITA' LIQUIDE

PATRIMONIO NETTO

AREA DEBITI E COSTI

1.12 GLI OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DI TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE - DELIBERAZIONE 190/2015 E 242/2016

Il Piano Triennale Anticorruzione dell'ARES per il triennio 2015 – 2017 (deliberazione n. 190 del 18 maggio 2015) ed il suo aggiornamento 2016 – 2018 (n. 242 del 25 maggio 2016) hanno evidenziato una serie di attività esposte a maggior rischio corruzione. Per la valutazione del rischio corruttivo specifico di ciascuna di esse, il Responsabile Aziendale dell'Anticorruzione, in collaborazione con i Dirigenti responsabili delle strutture titolari delle suddette attività, ha utilizzato una scheda costruita sulla base dei criteri e dei parametri contenuti dell'Allegato 5 al Piano Nazionale Anticorruzione. Con detta scheda sono state valutate, rispettivamente, la probabilità che il rischio si realizzi e le conseguenze che il rischio produce (impatto), per giungere alla determinazione del livello di rischio. Per la stima della probabilità, si è tenuto conto anche dei controlli vigenti in Azienda e della loro efficacia.

In relazione alle suddette attività, come sopra definite e qualificate, sono state previste specifiche misure correttive o limitative del rischio corruttivo. La realizzazione di tali adempimenti è stata definita quale obiettivo specifico per le strutture titolari delle attività.

Per il Responsabile dell'Anticorruzione è stato previsto quale obiettivo la redazione del regolamento per il Whistleblower, per consentire la tutela del dipendente che denuncia gli illeciti (art. 54 bis D. Lvo 165/2001 introdotto dalla L. 190/2012) .

Per quanto attiene la Trasparenza, individuata dalla L. 190/2012 nel novero degli strumenti principali per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione, a partire dal triennio 2016 – 2018 il Programma Aziendale della Trasparenza è compreso nel Piano Triennale Anticorruzione. L'ARES ha inoltre provveduto ad accorpate i distinti incarichi di responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione in capo al medesimo soggetto. Le azioni nello stesso individuate quali atte a garantire all'Azienda un elevato livello di trasparenza coinvolgono tutte le strutture aziendali e sono state tradotte anch'esse, al pari degli adempimenti relativi ai rischi di corruzione, tra gli obiettivi specifici.

Il Responsabile della Trasparenza coordina e controlla l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando ritardi ed omissioni alle autorità interne ed esterne previste, oltre a garantire la regolare attuazione dell'accesso civico e l'aggiornamento del programma triennale per la Trasparenza e l'integrità.

Questi gli obiettivi del Piano Triennale di Trasparenza ed Anticorruzione affidati alle strutture aziendali:

ACQUISIZIONE DA PARTE DEGLI ENTI CONVENZIONATI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"

ACQUISIZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE CONTRAENTI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"

ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE

ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI DIPENDENTI CUI SI DEVONO CONFERIRE INCARICHI, DI DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'

ADEGUAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA

ADEGUAMENTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

ADOZIONE DI MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE RISCHIO DI ECCESSIVA DISCREZIONALITA' NELL'AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI DI PATROCINIO LEGALE

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORE (MATERIALE E/O INTENZIONALE) NEL CALCOLO DELL'ANZIANITA' AI FINI TFR / TFR

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORI NELL'EMISSIONE DI ORDINATIVI DI PAGAMENTO (SOMME NON DOVUTE, ERRORI DI PERSONA, ASSENZA DI CRITERI PRESTABILITI)

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FRAZIONAMENTO ARTIFICIOSO AL FINE DI RICORRERE AD AFFIDAMENTI DIRETTI

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI INSERIMENTO DATI NON CONFORMI RELATIVI A CESSIONI DEL QUINTO DELLO STIPENDIO E A DELEGHE DI PAGAMENTO

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI MANCATO RILIEVO DA PARTE DEL DEC DELL'INOSSERVANZA DEL CAPITOLATO

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI STESURA DI CAPITOLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DIRETTE A FAVORIRE ACCORDI TRA IMPRESA E DIREZIONE DEI LAVORI - STESURA DI CAPITOLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI

ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO NELLA LIQUIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLE FATTURE DELLE CHIAMATE A SPOT

DISCIPLINARE ORGANIZZATIVO E PROCEDURALE SU WHISTLEBLOWER

INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA

NELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE, ADOZIONE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ATTRIBUZIONE INQUADRAMENTO GIURIDICO PIU' FAVOREVOLE AI FINI ECONOMICI

NELLE PROCEDURE DI CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO MEDIANTE UTILIZZI DI GRADUATORIE, ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAVORIRE CANDIDATI DIVERSI DAL LEGITTIMO INTERESSATO

RISPETTO DEL PATTO DI INTEGRITA' ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 382 DEL 21 SETTEMBRE 2015

1.13 IL GIUBILEO STRAORDINARIO DELLA MISERICORDIA

Nel 2015, a seguito dell'annuncio del Giubileo Straordinario della Misericordia, dato da Papa Francesco il 13 marzo 2015, e indetto ufficialmente con la consegna e la lettura della bolla Pontificia *Misericordiae Vultus* in data 11 aprile 2015, in ragione del limitato spazio temporale prima del momento inaugurale dell'anno giubilare -8 dicembre 2015- e della complessità dell'evento, la fase di pianificazione ha richiesto un significativo impegno di tutte le Amministrazioni coinvolte e interessate dal Giubileo.

Per la gestione complessiva di tutti gli eventi programmati dall' 8 dicembre 2015 al 20 novembre 2016, al Prefetto di Roma, con Decreto del Presidente del Consiglio, è stato assegnato il compito di assicurare il raccordo operativo tra le attività delle Amministrazione dello Stato interessate, le funzioni svolte dalla Regione Lazio, dalla città Metropolitana di Roma e da Roma Capitale, con il supporto della Segreteria Tecnica Giubilare coordinata dal Viceprefetto.

All'Ares 118 è stata assegnata la stesura del Piano Sanitario Straordinario per il Giubileo che, in assenza, ex ante, di precise informazioni circa il numero e la tipologia dei partecipanti attesi, ha seguito, per ciascun areale interessato dalla specifica giornata evento, uno schema modulare che commisura le necessarie risorse straordinarie - umane, logistiche e tecnologiche - agli scenari di riferimento, individuati sulla base di un numero presunto di partecipanti, da un minimo ad un massimo, sulla base del livello di affluenza: media, ≤ 50.000 , Livello 1; alta, fino a 100.000, Livello 2; altissima, oltre i 100.000, Livello 3; straordinaria, oltre i 300.000, Livello 4. Tali elementi di riferimento sono stati individuati in coerenza con quanto proposto al tavolo tecnico-operativo della Segreteria Tecnica del Giubileo.

L'attività di pianificazione si è concentrata sulle aree maggiormente interessate dalla presenza di pellegrini -apertura Porta Santa delle quattro Basiliche, presenza lungo i Percorsi Giubilari per raggiungere la Basilica di San Pietro, affluenza per il passaggio della Porta Santa delle quattro Basiliche- nonché sulle aree di afflusso e deflusso interessate dal transito di numerose presenze -stazioni ferroviarie, metro, parcheggi ecc.. Le risorse, a tutela di tutte le aree indicate, sono stabilite con due modelli organizzativi: postazioni di assistenza sanitaria in h 12, operative tutti i giorni dell'anno in specifiche collocazioni; postazioni operative, nell'areale interessato, per lo specifico evento, per la durata dello stesso.

In particolare, proprio per quanto attiene i percorsi Giubilari, il piano per il potenziamento della sicurezza sanitaria lungo i percorsi stessi, proposto da ARES 118, è stato validato dalla Segreteria Tecnica Giubilare ed inserito nella cartografia.

Ciascun areale, interessato dall'evento, è stato suddiviso in settori e, per ciascun settore, sono state attribuite le specifiche e necessarie risorse sanitarie straordinarie –Posto Medico Avanzato, Punto Mobile di Rianimazione, Ambulanza con equipaggio Medico e/o Infermieristico, Auto Medica, Squadre di Soccorritori-, rappresentando le risorse di un settore l'ampliamento del settore precedente.

Lo schema modulare adottato ha consentito di catalogare, ex ante, il bisogno di tutte le risorse, per tipologia e quantità, da attivare fino alla dichiarazione di scenario straordinario- Livello 4, previsto per il massimo afflusso di presenze. Tale schema consente poi a ridosso dell'evento, di attivare, a seguito della acquisizione di informazioni precise e caratterizzanti la specifica giornata evento, per scenari di livello con minore affluenza, le risorse del settore/i a questi collegate.

Al fine di fronteggiare l'incremento dell'offerta conseguente alla attività giubilare, per assicurare tutte le risorse sanitarie necessarie, questa Azienda ha prodotto un programma di ammodernamento tecnologico e di potenziamento delle attrezzature e strumentazioni sanitarie e informatiche. Ha provveduto inoltre, sulla base della specifica autorizzazione della Regione Lazio (DCA 201/2015), ad assumere, con contratto a tempo determinato: n. 25 Dirigenti Medici -disciplina Medicina e Chirurgia Accettazione ed urgenza, mediante avviso pubblico; n. 107 CPS Infermieri, da specifica graduatoria vigente; n. 68 autisti/barellieri, per chiamata degli iscritti alle liste dei Centri per l'impiego provinciale.

Per tutti gli operatori neoassunti Ares 118 ha svolto la formazione collegata alla specifica funzione.

È stato inoltre predisposto, preliminarmente all'avvio del Giubileo, uno schema tipo di convenzione, di riferimento per tutti gli accordi di collaborazione con le Associazioni operative per conto di Ares 118 nell'ambito dell'attività di soccorso (Delibera n. 493 del 27 novembre 2015).

A questa delibera sono seguiti specifici atti convenzionali con Associazioni di valenza nazionale -Misericordie, CRI, ANPAS, SMOM- a supporto dell'attività di soccorso nell'ambito del Giubileo.

Per le attività di coordinamento, comunicazione e scambio di informazioni, Ares 118 ha pianificato, per l'intero anno giubilare, risorse umane, logistiche e tecnologiche con la predisposizione:

- del Posto di Comando Avanzato (PCA) nell'area evento, operativo nel corso di tutta la durata dell'evento;
- della Unità di Crisi Aziendale 118, con operatori dedicati alla gestione dell'attività sanitaria in corso di evento, al fine di non interferire con l'attività ordinaria della Centrale Operativa 118;
- di un cronoprogramma per la presenza di un Dirigente Medico nella Sala Gestione Giubileo, istituita presso la Sala Sistema Roma, attivata nelle giornate relative a scenari-evento configurati di livello 2-3-4.

Per lo sviluppo di un canale primario di visualizzazione delle risorse indicate nel Piano Sanitario, Ares 118 ha trasferito, in veste cartografica, i dati relativi ai posizionamenti delle risorse sanitarie, utilizzando una modalità dinamica al fine di favorire la individuazione delle risorse, assegnate al/ai settori, che, sulla base dello specifico evento e dello scenario indicato, sono attivate ed operative. La integrazione in cartografia di tutte le risorse, sanitarie e non, disponibili in lettura a tutte le Forze operative, favorisce una immediata condivisione di informazioni, ove necessario, tra le diverse Sale Operative. La possibilità di variare la disposizione delle risorse nella cartografia, ove richiesto un diverso posizionamento, è possibile presso la Sala Gestione Giubileo.

Quale canale primario per le comunicazioni simultanee tra Sale Operative e/o per la multiconferenza dei soggetti decisori, Ares 118 ha attivato una postazione informatica attrezzata per Videoconferenze, nell'area della Sala Eventi che è allestita in occasione dei singoli eventi con la funzione di Unità di Crisi Aziendale 118.

Quale canale primario, infine, per le segnalazione di rilievo e secondario in caso di disfunzione di quello telefonico, è stato implementato il sistema radio Tetra che ha richiesto specifica formazione degli operatori Ares 118 interessati.

A completamento della pianificazione sanitaria, la Regione ha approvato il progetto "Volontari Competenti" attraverso il reclutamento di 400 Volontari, formati da ARES 118, ed a supporto dell'attività svolta da ARES stesso.

**I.14 GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI: DETERMINAZIONE N. 171
DEL 18 OTTOBRE 2016, INTEGRATA CON DETERMINAZIONE N. 174 DEL 7
NOVEMBRE 2016**

Con determinazione n. 17 del 18 ottobre 2016 sono state individuate le aree tematiche di afferenza degli obiettivi affidati alle strutture Aziendali, stabilendo che al Direttore Amministrativo ed al Direttore Sanitario Aziendale siano affidati i rispettivi obiettivi e fissando, nel contempo, nella media dei risultati raggiunti dalle strutture concorrenti alla realizzazione di ciascun obiettivo la misura del raggiungimento del medesimo da parte dei Direttori.

Queste le Aree Tematiche:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	CONTENIMENTO SPESA
	DEMATERIALIZZAZIONE PROCESSI
	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'
	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
	REALIZZAZIONE PIANO STRATEGICO
DIRETTORE SANITARIO	AZIONI DI INTEGRAZIONE DEL SISTEMA
	CONTENIMENTO SPESA
	DEMATERIALIZZAZIONE PROCESSI
	FLUSSI MINISTERIALI
	GIUBILEO
	LEA
	PARM
	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'
	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
	PREVENZIONE E PROTEZIONE
	REALIZZAZIONE PIANO STRATEGICO
	REVISIONE MODELLI E PROCEDURE

Con determinazione n. 174 del 7 novembre 2016, le suindicate aree tematiche ed i corrispondenti obiettivi sono stati integrati dalla previsione di cui alla nota del Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro n. 0528393 del 21 ottobre 2016, vale a dire la riduzione a zero - entro il 31 dicembre 2016 - dello stock del fatturato passivo scaduto non liquidato riferibile alle fatture i cui tempi fisiologici di pagamento scadessero tra il 1^a gennaio 2016 ed il 31 dicembre 2016 e la riduzione a zero dell'intero stock del fatturato Aziendale su Accordo Pagamenti e su PCC entro il 31 marzo 2017.

**1.15 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI:
DELIBERAZIONE N. 430 DEL 29 SETTEMBRE 2016, INTEGRATA DALLE
DELIBERAZIONI 466 DEL 24 OTTOBRE 2016 E 582 DEL 14 DICEMBRE 2016**

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici, l'ARES, con propria deliberazione n. 430 del 29 settembre 2016, ha individuato obiettivi operativi specifici, riferiti al breve periodo, per definire le singole azioni da compiere, fissando le attività, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative necessarie.

A ciascun obiettivo operativo sono stati associati uno o più indicatori e agli indicatori è stato attribuito un valore target che rappresenta il riferimento per la misurazione della performance.

La scadenza per il raggiungimento di ciascun obiettivo è stata fissata nel 31 dicembre 2016.

A ciascuno dei destinatari di tali obiettivi è stato richiesto di produrre - entro il 31 ottobre 2016 - un primo report recante rendicontazione dello stato di raggiungimento degli obiettivi al 30 settembre 2016 ed un report definitivo, relativo all'intero anno, entro il 15 gennaio 2015.

Oltre agli obiettivi della dirigenza delle suddette articolazioni aziendali, con l'atto succitato si è provveduto a definire ed affidare, struttura per struttura, sulla base della composizione qualitativa degli organici rispettivamente assegnati, ulteriori obiettivi operativi destinati al personale del comparto.

Con successiva deliberazione n. 466 del 24 ottobre 2016, agli obiettivi come sopra individuati, si è aggiunto l'obiettivo di cui alla nota del Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro n. 0528393 del 21 ottobre 2016, vale a dire la riduzione a zero - entro il 31 dicembre 2016 - dello stock del fatturato passivo scaduto non liquidato riferibile alle fatture i cui tempi fisiologici di pagamento scadessero tra il 1^a gennaio ed il 31 dicembre 2016 e la riduzione a zero dell'intero stock del fatturato Aziendale su Accordo Pagamenti e su PCC entro il 31 marzo 2017.

A tale obiettivo è stata attribuita valenza pregiudiziale,. In altre parole, il raggiungimento dello stesso costituisce condizione necessaria per la valutazione degli obiettivi operativi.

Con deliberazione n. 582 del 14 dicembre 2016, si è provveduto ad attribuire obiettivi operativi alla UOC Coordinamento e Supporto Amministrativo SUES, struttura complessa costituita a far data dal 1^a giugno ma operativa a partire dal 1^a novembre 2016.

Confermata, per l'anno 2016, la previsione dell'abbattimento del risultato di un 10 % in caso di mancata produzione di reportistica, utile a valutare lo stato di avanzamento degli obiettivi nonché a fornire elementi al più generale fine di rendicontazione aziendale e strategica nei confronti della regione. Tale previsione, promossa dall'Organismo Indipendente di Valutazione e fortemente condivisa dalla Direzione Strategica, si riferisce al solo risultato del Responsabile della struttura valutata in ragione della diretta responsabilità sull'adempimento informativo.

Gli obiettivi del Piano Triennale della Trasparenza ed Anticorruzione, per le strutture Amministrative, costituiscono obiettivi preliminari, la cui percentuale di raggiungimento, attestata dal Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO.

I.16 FASI DEL PROCESSO

Obiettivi esterni ed interni – obiettivi strategici:

Come sinteticamente rappresentato con l'albero della Performance, il sistema di obiettivi strategici, generali e particolare dell'Azienda si è generato a partire da provvedimenti e determinazioni a vario titolo vincolanti l'Azienda nel triennio in esame e nell'anno 2016 in particolare.

I Programmi Operativi 2013 – 2015, il Percorso Attuativo della Certificabilità, il Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016 e gli obiettivi di mandato del Direttore Generale (2014 – 2016) costituiscono la cornice entro la quale sono state individuate le azioni da intraprendere e da completare per la loro realizzazione.

In ambiti più specifici, il Piano Triennale per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione per il triennio 2014 – 2016 ed il suo aggiornamento 2015 – 2017, il Piano Annuale di Risk Management, la prevenzione e protezione dei lavoratori, i LEA costituiscono invece il contesto aziendale di realizzazione di obiettivi specificamente disegnati sull'attività dell'Azienda.

In questo contesto, già denso di risultati attesi ed adempimenti, si colloca l'obiettivo, affidato a tutti i Direttori Generali, di riduzione (rectius azzeramento) del debito delle Aziende Sanitarie .

La sequenza di declinazione delle azioni necessarie alla realizzazione degli obiettivi come sopra definiti è stata pertanto, in sostanziale innovazione rispetto al pregresso, dal particolare al generale.

Più nel dettaglio, avendo a disposizione indicatori piuttosto precisi sui quali orientare le azioni dirigenziali, si è ritenuto di affidare, in primis, gli obiettivi specifici della gestione alle strutture Aziendali – anche loro in trasformazione in esito ai processi adattativi e realizzativi dell'assetto scaturente dall'Atto di Autonomia Aziendale, di seguito riportate:

UOC SUES ELISOCORSO

UOC SUES FROSINONE E PROVINCIA

UOC SUES LATINA E PROVINCIA

UOC SUES RIETI E VITERBO

UOC SUES ROMA - CITTÀ METROPOLITANA

UOC MAXIEMERGENZE

UOC DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA

UOC CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

UOS RISK MANAGEMENT

UOS QUALITÀ DEI PROCESSI

UOS FORMAZIONE

UOC ACOVIES

UOS MEDICO COMPETENTE

UOC SPP

UOS PSICOLOGIA DEL LAVORO

SERVIZIO PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

U.O.C. AFFARI GENERALI - DAL 1^A NOVEMBRE 2016 UOD AFFARI GENERALI

U.O.C. TECNICA - DAL 1^A NOVEMBRE 2016 UOC PATRIMONIO E GESTIONE RISORSE IMMOBILIARI E TECNOLOGICHE

U.O.C. PROVVEDITORATO, ABS, ATTREZZATURE ED ECONOMATO - DAL 1^A

NOVEMBRE 2016 UOC ACQUISIZIONE E GESTIONE BENI E SERVIZI

U.O.C. AMMINISTRAZIONE E FINANZE - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOC
CONTABILITÀ E BILANCIO

U.O.C. TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE FINO AL 31 OTTOBRE 2016
- DAL 1^ NOVEMBRE ACCORPATO IN UOC GESTIONE RISORSE UMANE

U.O.C. STATO GIURIDICO FINO AL 31 OTTOBRE 2016 - DAL 1 NOVEMBRE
ACCORPATO IN UOC GESTIONE RISORSE UMANE

U.O.C. INFORMATICA - DAL 1 NOVEMBRE 2016 UOC INFORMATION AND
COMMUNICATION TECHNOLOGY

UOC COORDINAMENTO E SUPPORTO SUES - ISTITUITO DAL 1^ GIUGNO -
OPERATIVO DAL 1^ NOVEMBRE 2016

U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOD CONTROLLO DI
GESTIONE

RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

L'Allegato 1 riporta, struttura per struttura, gli obiettivi affidati alla Dirigenza, e, in alcuni casi, gli obiettivi specifici per il personale del comparto, comprensivi di indicatori, risultato atteso e peso di ciascuno.

Successivamente, si è provveduto ad accorpare in aree tematiche omogenee le già indicate azioni di dettaglio previste per ciascuna struttura aziendale e a ricondurle ai Direttori Sanitario ed Amministrativo, ratione materiae, prevedendo che la misura del raggiungimento di ciascun obiettivo fosse pari alla media dei risultati raggiunti dalle strutture concorrenti alla realizzazione di ciascun obiettivo.

L'Allegato 2 contiene gli obiettivi per area tematica, indicatori e peso, rispettivamente per il Direttore Amministrativo e per il Direttore Sanitario.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi specifici della gestione, da parte della Dirigenza e del Comparto, rappresenta condizione e misura imprescindibile al fine della valutazione della realizzazione degli obiettivi da parte del Direttore Sanitario ed Amministrativo, nella loro azione istituzionale di impulso, coordinamento e verifica.

U.O.C. S.U.E.S. Elisoccorso

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	ADOZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI RACCOLTA DATI PER L'ATTIVITÀ DI ELISOCOORSO	VALIDAZIONE MENSILE DEL DATABASE DEDICATO ENTRO IL 10 DEL MESE SUCCESSIVO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
2	15%	ATTIVAZIONE ELICOTTERO SOCCORSI PRIMARI	REVISIONE ED APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER I SOCCORSI PRIMARI	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
3	15%	ATTIVAZIONE ELICOTTERO TRASPORTI SECONDARI	REVISIONE ED APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER TRASPORTI SECONDARI	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
4	10%	OBIETTIVI DEL PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
5	10%	DISPONIBILITÀ ELISUPERFICI - ELENCO ELISUPERFICI ED ELISUPERFICI OCCASIONALI	PREDISPOSIZIONE DI UN FILE CONDIVISO CON LA DIREZIONE SANITARIA CON AGGIORNAMENTO STATO ELISUPERFICI REGIONALI (APERTURE / CHIUSURE / MANUTENZIONI / DECLASSAMENTI)	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
6	10%	MISSIONI ANNULLATE	PREDISPOSIZIONE E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA DI UNA RELAZIONE SULLE MISSIONI ANNULLATE CON PROPOSTA DI CORRETTIVI ORGANIZZATIVI	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
7	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	VERIFICA ESECUZIONE SERVIZIO ELIMBULANZA REDAZIONE REPORT TRIMESTRALI	3 REPORTS TRIMESTRALI A CURA DELLA COMMISSIONE DI MONITORAGGIO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
8	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PREDISPOSIZIONE PROCEDURA CHE DEFINISCA I CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEI TURNI AL PERSONALE MEDICO CONVEZIONATO	ADOZIONE PROCEDURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
10	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
2	15%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
3	20%	ADOZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI RACCOLTA DATI PER L'ATTIVITÀ DI ELISOCOORSO	ALIMENTAZIONE DATABASE DEDICATO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DMO
4	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
5	15%	ATTIVAZIONE ELICOTTERO SOCCORSI PRIMARI	PARTECIPAZIONE AL GRUPPO DI LAVORO PER LA REVISIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER I SOCCORSI PRIMARI	SI/NO	
6	15%	ATTIVAZIONE ELICOTTERO TRASPORTI SECONDARI	PARTECIPAZIONE AL GRUPPO DI LAVORO PER LA REVISIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER I TRASPORTI SECONDARI	SI/NO	
7	10%	ADOZIONE PROCEDURA INFORMATICA ORDINI	N PERSONE FORMATE / N PERSONALE CHE EFFETTUA ORDINI IDENTIFICATO DAL DIRETTORE DI UOC	> 10 %	
	100%				

U.O.C. S.U.E.S. Frosinone

Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMODINAMICHE	% PAZIENTI CON ECG REFERATATO POSITIVO PER STEMI TRASPORTATI VERSO NODI DELLA RETE	> 90%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ, CON VERIFICA DEL DATO NEL MESE SUCCESSIVO - ATTESTAZIONE A CURA DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
3	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	SI/NO	
7	10%	LEA: CONTENIMENTO INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO	VALORE IN MINUTI E SECONDI DEL 75° PERCENTILE DELLA DISTRIBUZIONE DEI TEMPI DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO DI SOCCORSO SUL TARGET	<=2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPOT"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCANTE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCANTE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
3	15%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPILAZIONE GIORNALIERA DEL FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	CONTROLLI A CAMPIONE A CURA DEL CPSE SU ALMENO IL 60% DEI MEZZI ARES	
5	20%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLGS 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%	
	100%				
		obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate	

U.O.C. S.U.E.S. Latina

Obiettivi anno 2016
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMODINAMICHE	% PAZIENTI CON ECG REFERATATO POSITIVO PER STEMI TRASPORTATI VERSO NODI DELLA RETE	> 90%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ, CON VERIFICA DEL DATO NEL MESE SUCCESSIVO - ATTESTAZIONE A CURA DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
3	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOC MAXIEMERGENZE (OBIETTIVO CONDIVISO)
7	10%	LEA: CONTENIMENTO INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO	VALORE IN MINUTI E SECONDI DEL 75° PERCENTILE DELLA DISTRIBUZIONE DEI TEMPI DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO DI SOCCORSO SUL TARGET	<=2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPOT"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADDIZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
 PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
3	15%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPILAZIONE GIORNALIERA DEL FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	CONTROLLI A CAMPIONE A CURA DEL CPSE SU ALMENO IL 60% DEI MEZZI ARES	ATTESTAZIONE A CURA DEL SAI
5	20%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
	100%				
		obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	Importo fatture non liquidate	

Obiettivi anno 2016
OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMOdinamiche	% PAZIENTI CON ECG REFERATO POSITIVO PER STEMI TRASPORTATI VERSO NODI DELLA RETE	> 90%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ, CON VERIFICA DEL DATO NEL MESE SUCCESSIVO - ATTESTAZIONE A CURA DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
3	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOC MAXIEMERGENZE (OBIETTIVO CONDIVISO)
7	10%	LEA: CONTENIMENTO INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO	VALORE IN MINUTI E SECONDI DEL 75° PERCENTILE DELLA DISTRIBUZIONE DEI TEMPI DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO DI SOCCORSO SUL TARGET	<=2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPOT"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
3	15%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPILAZIONE GIORNALIERA DEL FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	CONTROLLI A CAMPIONE A CURA DEL CPSE SU ALMENO IL 60% DEI MEZZI ARES	ATTESTAZIONE A CURA DEL SAI
5	20%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
	100%				
		obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate	

Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMOdinamiche	% PAZIENTI CON ECG REFERATO POSITIVO PER STEMI TRASPORTATI VERSO NODI DELLA RETE	> 90%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ, CON VERIFICA DEL DATO NEL MESE SUCCESSIVO - ATTESTAZIONE A CURA DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
3	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOC MAXIEMERGENZE (OBIETTIVO CONDIVISO)
7	10%	LEA: CONTENIMENTO INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO	VALORE IN MINUTI E SECONDI DEL 75° PERCENTILE DELLA DISTRIBUZIONE DEI TEMPI DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO DI SOCCORSO SUL TARGET	< =2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPOT"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
3	15%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPILAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPILAZIONE GIORNALIERA DEL FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	CONTROLLI A CAMPIONE A CURA DEL CPSE SU ALMENO IL 60% DEI MEZZI ARES	ATTESTAZIONE A CURA DEL SAI
5	20%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
	100%				

obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------

U.O.C. Maxiemergenze e Grandi Eventi

Obiettivi 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	REVISIONE PROCEDURA GESTIONE MAXIEMERGENZA CON LE SINGOLE CC.OO. PROVINCIALI	AGGIORNAMENTO PROCEDURA	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
2	10%	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DEGLI EVENTI GIUBILARI PER SINGOLO EVENTO	REPORT ORE ASSISTENZIALI PER TIPOLOGIA DI RISORSA IMPIEGATA	1 REPORT ANNUALE	COPIA AL CONTROLLO DI GESTIONE
3	10%	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DEGLI EVENTI GIUBILARI PER SINGOLO EVENTO	REPORT NUMERO PRESTAZIONI EROGATE PER TIPOLOGIA DI RISORSA IMPIEGATA	1 REPORT ANNUALE	COPIA AL CONTROLLO DI GESTIONE
4	10%	VALUTAZIONE E PROPOSTE SU QUANTO PREVISTO DALL'ACCORDO STATO-REGIONI 5 AGOSTO 2014 PER L'ORGANIZZAZIONE E L'ASSISTENZA SANITARIA NEGLI EVENTI E NELLE MANIFESTAZIONI PROGRAMMATE	REDAZIONE ED INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DI UNA RELAZIONE	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
5	10%	MONITORAGGIO SULL'AGGIORNAMENTO DEI PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE	
6	10%	MONITORAGGIO SULL'EFFETTUAZIONE DELLE ESERCITAZIONI ANNUALE SULL'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE	
7	10%	PIANO ANNUALE PER EFFETTUAZIONE DI ALMENO TRE ESERCITAZIONI SULLA CATENA DI COMANDO	PREDISPOSIZIONE DI PIANO ANNUALE DA SOTTOPORRE ALLA DIREZIONE SANITARIA CON EFFETTUAZIONE DI UN'ESERCITAZIONE	ESECUZIONE DI UNA ESERCITAZIONE/ANNO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
8	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
9	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE
10	5%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.2 Definire una contabilità par commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati al fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
11	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.	F4.3 Devono essere previste adeguate misure di autorizzazione e controllo propedeutiche all'emissione di fatture attive.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	15%	SUPPORTO ALLA RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DEGLI EVENTI GIUBILARI PER SINGOLO EVENTO	PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DELLA RELAZIONE	RELAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
3	10%	ADOZIONE PROCEDURA INFORMATICA ORDINI	N PERSONE FORMATE / N PERSONALE CHE EFFETTUA ORDINI IDENTIFICATO DAL DIRETTORE DI UOC	> 10%	
4	10%	PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO SULL'AGGIORNAMENTO DEI PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
5	10%	PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO SULL'EFFETTUAZIONE DELLE ESERCITAZIONI ANNUALE SULL'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA
6	40%	PARTECIPAZIONE ALLA REVISIONE PROCEDURA GESTIONE MAXIEMERGENZA CON LE SINGOLE CC.OO. PROVINCIALI	AGGIORNAMENTO PROCEDURA	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA (OBIETTIVO CONDIVISO)
	100%				

obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate	
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------	--

DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA

Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCANTE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCANTE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	10%	RISPETTO DELL'ADEMPIMENTO MINISTERIALE RELATIVO AI FLUSSI INFORMATIVI SUI FARMACI	SPESA RILEVATA DAI FLUSSI MEDICINALI / COSTI RILEVATI DA MODELLO CE (VOCE B.1.A.1) ≥ 90%	≥ 90%	
3	10%	RISPETTO DELL'ADEMPIMENTO MINISTERIALE RELATIVO AI FLUSSI INFORMATIVI SUI DISPOSITIVI MEDICI	SPESA RILEVATA DAI FLUSSI CONSUMI / COSTI RILEVATI DA MODELLO CE (VOCI B.1.A.3.1 E B.1.A.3.2) ≥ 65%	≥ 65%	
4	10%	PERCORSO ICTUS	VALUTAZIONE COMPILAZIONE SCHEDE ICTUS A CAMPIONE	3 REPORT	
5	10%	REPORT MENSILE SU MEZZI ATTIVATI A SPOT SUDDIVISO PER SINGOLA CENTRALE OPERATIVA	PRODUZIONE DI REPORT	N. REPORT >=4	
6	10%	PARTICIPAZIONE GRUPPI DI LAVORO AZIENDALE PER IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA TRAUMA ALLA LUCE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	REDAZIONE E APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE DELLE CENTRALI OPERATIVE	S/NO	
7	10%	SISTRI: REVISIONE MODELLO ORGANIZZATIVI E ISTRUZIONI OPERATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SISTRI	PRODUZIONE DOCUMENTO	S/NO	
8	5%	MONITORAGGIO DEI POSTI LETTO DI AREA CRITICA	ADOZIONE PROCEDURA INFORMATIZZATA PER LE STRUTTURE COINVOLTE	100% DELLE STRUTTURE COINVOLTE	tutte tranne s.anna pomozia e polifattina
9	5%	COORDINAMENTO TRASPORTI CONNESSI ALLE ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICHE	REDAZIONE PROCEDURA TRASPORTO FUORI REGIONE DEL SOGGETTO RICEVENTE	S/NO	
10	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
11	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.3 Riguardo ai ricavi per prestazioni sanitarie in regime di intramoenia deve essere prevista la tenuta di una contabilità separata con la previsione di un regolamento aziendale per la gestione delle attività di libera professione. Inoltre devono essere definiti i criteri di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA (OBIETTIVO CONDIVISO)
	100%				

U.O.S. Centrale di Ascolto di Continuità Assistenziale
Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	> 95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	10%	AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA' DELLA CENTRALE DI ASCOLTO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE AL TERRITORIO DELLE AASSLL RMF	ASSORBIMENTO SUB CENTRALI - CIVITAVECCHIA E BRACCIANO - PER IL TERRITORIO DELLE AASSLL RM F	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
3	10%	AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITA' DELLA CENTRALE DI ASCOLTO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE AL TERRITORIO DELLE AASSLL RM H	ASSORBIMENTO SUB CENTRALE - GENZANO - PER IL TERRITORIO DELLE AASSLL RM H	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
4	20%	RILEVAZIONE DATI DI ATTIVITA' DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	FORMULAZIONE DI REPORT MENSILI	3 REPORT MENSILI (IL PRIMO REPORT - OVE NON GIA' PRODOTTI - DOVRA' CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
5	20%	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE SCHEDE RELATIVA ALL'INTERVISTA DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	MESSA A REGIME DEL SISTEMA DI CONTROLLO DI QUALITA' DELLE SCHEDE RELATIVE ALL'INTERVISTA DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	3 REPORT MENSILI (IL PRIMO REPORT DOVRA' CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
6	20%	AGGIORNAMENTO DEL MESSAGGIO REGISTRATO	PRODUZIONE DI UN NUOVO MESSAGGIO REGISTRATO	SI/NO	
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	> 95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	35%	INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DEI DATI MENSILI DI ATTIVITA' DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	TRASMISSIONE DI REPORT MENSILI	3 REPORT MENSILI (IL PRIMO REPORT - OVE NON GIA' PRODOTTI - DOVRA' CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
3	35%	ELABORAZIONE REPORTISTICA RILEVAZIONE PRESENZE DEL PERSONALE MEDICO IN CONVENZIONE	TRASMISSIONE DI REPORT MENSILI	12 REPORT ANNUALI	
	100%				

U.O.S. Risk Management
Obiettivi anno 2016
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	ELABORAZIONE PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARMI) 2016 SECONDO LE LINEE GUIDA REGIONALI	APPROVAZIONE PARM	
2	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	Progettazione del "Corso Base di Risk Management" previsto nel Piano formativo aziendale 2016	ALMENO 5 EDIZIONI	
3	20%	COORDINAMENTO DEL COMITATO RISCHIO AZIENDALE	ORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE DEL COMITATO CON INOLTRO ATTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	ALMENO TRE RIUNIONI L'ANNO	
4	20%	PARTICIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO REGIONALI	ELABORAZIONI DOCUMENTI SU: "CONSENSO INFORMATO/CARTELLA CLINICA" E "COMUNICAZIONE DELL'EVENTO AVVERSO: IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA MINISTERIALI"	PROPOSTE DOCUMENTI A REGIONE LAZIO	
5	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	> 95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
6	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
7	10%	RISPETTO DEL FLUSSO SIMES MINISTERIALE	INSERIMENTO DEGLI EVENTI SENTINELLA NEI TEMPI PREVISTI: SCHEDA A	>90%	
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
 PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	50%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	SUPPORTO NELL'ORGANIZZAZIONE del "Corso Base di Risk Management" previsto nel Piano formativo aziendale 2016	ALMENO 5 EDIZIONI	
3	25%	COMITATO RISCHIO AZIENDALE	ORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE DEL COMITATO CON INOLTRO ATTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	ALMENO TRE RIUNIONI L'ANNO	
	100%				

U.O.S. Qualità dei Processi

2016
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	MONITORAGGIO QUALITA' CONTRATTO LAVANOLO	RECEPERIMENTO E VERIFICA SCHEDE QUALITA' CPSE	N. SEGNALAZIONI DI DIFFORMITA' VERIFICATE/N. CONTESTAZIONI ALLA DITTA FORNITRICE = 1	COPIA AL CONTROLLO DI GESTIONE
2	25%	MONITORAGGIO QUALITA' SCHEDE DI SOCCORSO	RECEPERIMENTO E VERIFICA SCHEDE AZIENDALI E DI ENTI ESTERNI	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
3	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	CONTROLLO DELLA QUALITA' DELLE SCHEDE DI SOCCORSO DEGLI ENTI ESTERNI CON CAMPIONAMENTO CASUALE	NUMERO CONTROLLI DI QUALITA' = CONTROLLI ATTESI DA SISTEMA DI CAMPIONAMENTO CASUALE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
4	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	> 95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
5	25%	REALIZZAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL REPOSITORY AZIENDALE	INSERIMENTO PROCEDURE APPROVATE ENTRO 15 GG	100%	REPORT INVIATO IN DIREZIONE SANITARIA
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
 PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	25%	MONITORAGGIO QUALITA' CONTRATTO LAVANOLO	EFFETTUAZIONE INTERVISTE TELEFONICHE AGLI OPERATORI SULLA QUALITA' PERCEPITA	REPORT MENSILE	ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE UOS QUALITA'
3	30%	MONITORAGGIO QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO	SUPPORTO PER L'ANALISI DELLE RICHIESTE PERVENUTE DALLE UOCCS SUES	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO	
4	25%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	CONTROLLO DELLA QUALITA' DELLE SCHEDE DI SOCCORSO DEGLI ENTI ESTERNI CON CAMPIONAMENTO CASUALE	NUMERO CONTROLLI DI QUALITA' = CONTROLLI ATTESI DA SISTEMA DI CAMPIONAMENTO CASUALE	RELAZIONE A RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

U.O.S. Formazione

Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM (PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO)	INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DI REPORT TRIMESTRALI SUL N. DI PARTECIPANTI	2 REPORT (IL PRIMO REPORT DOVRÀ CONTENERE TUTTI I DATI RELATIVI AL PERIODO 01/01/2016 AL 30/09/2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
2	20%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	ORGANIZZAZIONE DI CORSO BASE DI RISK MANAGEMENT	ALMENO 5 EDIZIONI	
3	20%	MONITORAGGIO EFFETTUAZIONE CORSI DL 81/08	PRODUZIONE REPORT N. DELLE PERSONE FORMATE /N. PERSONE CON OBBLIGO NORMATIVO DELLA FORMAZIONE	PRODUZIONE REPORT CON INDICAZIONE DELLE UOC DI Afferenza DEL PERSONALE NON FORMATO	
4	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLSO/PBLSO	ATTESTAZIONE AVVENUTO CONTROLLO SULL'ISTRUTTORIA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
5	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.2 Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati al fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
6	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.	F4.3 Devono essere previste adeguate misure di autorizzazione e controllo propedeutiche all'emissione di fatture attive.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM (PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO)	INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DI REPORT TRIMESTRALI SUL N. DI PARTECIPANTI	2 REPORT (IL PRIMO REPORT DOVRÀ CONTENERE TUTTI I DATI RELATIVI AL PERIODO 01/01/2016 AL 30/09/2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
2	30%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	SUPPORTO ALL'ORGANIZZAZIONE DI CORSO BASE DI RISK MANAGEMENT	ALMENO 5 EDIZIONI	
3	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLSO/PBLSO	ATTESTAZIONE AVVENUTO CONTROLLO SULL'ISTRUTTORIA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
4	20%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
	100%				

U.O.C. ACOVIES

Obiettivi anno 2016
OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESERVE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ONE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITA'
2	10%	CONTROLLI ENTI TERZI	PREDEPOSIZIONE DI RELAZIONE SULL'ATTIVITA' EFFETTUATA DAL GRUPPO DI CONTROLLO ENTI TERZI	RELAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
3	10%	CONTROLLI ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROFILI DEI CONTROLLI DA PARTE DEI RESPONSABILI PO DI AREA	PRODUZIONE DI UNA PROPOSTA	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
4	10%	CONTROLLI ENTI TERZI	CONTROLLI DEI MEZZI DI ENTI TERZI OPERANTI PER AZIENDA	REPORT ALLA DIREZIONE SANITARIA DEI CONTROLLI EFFETTUATI SU N. MEZZI > 50	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
5	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: CONTROLLO DEL POSSESSO DEI RILQUISTI DEGLI ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROCESSI INTERNI DI CONTROLLO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
6	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: FORMAZIONE E GESTIONE ALBO FORNITORI	DEFINIZIONE DI PROCEDURE INTERNE, NOTAZIONE DEL PERSONALE COINVOLTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
7	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: VIGILANZA EX L. 49/99	CONDIZIONE DEL DATABASE PER MONITORAGGIO DELLE VALUTAZIONI	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESERVE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ONE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITA'
2	30%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: CONTROLLO DEL POSSESSO DEI RILQUISTI DEGLI ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROCESSI INTERNI DI CONTROLLO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
3	30%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: FORMAZIONE E GESTIONE ALBO FORNITORI	DEFINIZIONE DI PROCEDURE INTERNE, NOTAZIONE DEL PERSONALE COINVOLTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
4	30%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: VIGILANZA EX L. 49/99	CONDIZIONE DEL DATABASE PER MONITORAGGIO DELLE VALUTAZIONI	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

U.O.S. Medico Competente

Obiettivi anno 2016
 OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO
 PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	> 95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	35%	OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE	REPORT DI ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE CON PRESCRIZIONI O LIMITAZIONI	2 REPORT ASSEGNAZIONI PERSONALE CON PRESCRIZIONI O LIMITAZIONI (IL PRIMO REPORT DOVRÀ CONTENERE TUTTI I DATI RELATIVI AL PERIODO 1 GENNAIO - 30 SETTEMBRE 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
3	35%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE DEMATERIALIZZAZIONE DEI CERTIFICATI DI IDONEITÀ SPECIFICA	INVIO TELEMATICO CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI INTERESSATE	> 95%	
	100%				

U.O. SPP

Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	> 95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	40%	OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE	AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI ALLA LUCE DEL NUOVO ASSETTO AZIENDALE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
3	40%	FORMAZIONE AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI: ORGANIZZAZIONE DEGLI SPECIFICI CORSI, COSÌ COME INDIVIDUATI NELLO SPECIFICO PIANO FORMATIVO	INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DI REPORT TRIMESTRALI SUL N. DI PARTECIPANTI	2 REPORT (IL PRIMO REPORT DOVRÀ CONTENERE TUTTI I DATI RELATIVI AL PERIODO 1 GENNAIO - 30 SETTEMBRE 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
	100%				

U.O.S. Psicologia del Lavoro

Obiettivi anno 2016
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	30%	RISPETTO DEL PROTOCOLLO DI INTESA CON SPECIFICHE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA PER LA COLLABORAZIONE IN CORSO DI GRANDI EVENTI E MAXIEMERGENZE	REPORT ANNUALE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE INVIATO ALLA DIREZIONE SANITARIA	TRASMISSIONE REPORT	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA
3	30%	OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE	AGGIORNAMENTO DELLE MISURE DIRETTE ALLA PROMOZIONE ED ALLA RILEVAZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEI DIPENDENTI - INDAGINE 2016	EFFETTUAZIONE INDAGINE	
4	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	RELAZIONE SEMESTRALE SUL MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA DELLE MISURE ADOTTATE IN ESITO A VALUTAZIONE PSICOLOGICA SUI SOGGETTI A RISCHIO	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
	100%				

UOC Servizio dell'Assistenza Infermieristica

OBIETTIVI ANNO 2016

GENERALI PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI (valevoli anche per il personale dell'Urp, centro Mobbing e Servizio Logistico, afferenti la Direzione Medica Organizzativa)

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROPOSTA DI REGI REGOLAMENTO AZIENDALE PER LE MOBILITÀ INTERNE NON LEGATE ALLE NECESSITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
2	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	DEFINIZIONE PROFILATURE DI ABLITAZIONE / AUTORIZZAZIONE OPERATORI	SI/NO	
3	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
4	10%	GESTIONE INFUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI INFUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
5	10%	SISTRI: REVISIONE MODELLO ORGANIZZATIVI E ISTRUZIONI OPERATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SISTRI	PRODUZIONE DOCUMENTO	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
6	10%	CONTROLLO ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROFILI DEI CONTROLLI DA PARTE DEI RESPONSABILI PO DI AREA - REDAZIONE PROPOSTA	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
7	10%	PROTOCOLLO INFORMATIZZATO	ADOZIONE DELLO SPECIFICO APPLICATIVO	SI/NO	
8	10%	EVASIONE PRATICHE URP AZIENDALE ENTRO 30 GG	N. PRATICHE EVASE IN 30 GG/ N. RICHIESTE AZIENDALI	>60 %	
9	10%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 61/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%	
10	10%	REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO LOGISTICO	REDAZIONE DOCUMENTO	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA
	100%				

U.O.C. Affari Generali - dal 1° novembre 2016 UOD Affari Generali

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

La percentuale di raggiungimento attestata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE DA PARTE DEGLI ENTI CONVENZIONATI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE DI MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE RISCHIO DI ECCESSIVA DISCREZIONALITA' NELL'AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI DI PATROCINIO LEGALE	REGOLAMENTO PER ISCRIZIONE ALL'ALBO AZIENDALE E PER CONFERIMENTO INCARICHI	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO NELLA LIQUIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLE FATTURE DELLE CHIAMATE A SPOT	DEFINIZIONE DI DISCIPLINARE INTERNO PER LA LIQUIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLE CHIAMATE A SPOT	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

U.O.C. Affari Generali - dal 1^ novembre 2016 UOD Affari Generali

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	35%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 30 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6963 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	570 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
2	30%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	A4.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello almeno trimestrale.	9.231.327,745 IMPORTO NON LIQUIDATO DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI obiettivo condiviso
	100%				

U.O.C. Affari Generali - dal 1° novembre 2016 UOD Affari Generali

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25%	GESTIONE DEL CONTENZIOSO	REPORT PERIODICI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	2 (IL PRIMO REPORT, AL 30 SETTEMBRE 2016, DEVE CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016	COPIA A CONTROLLO DI GESTIONE
2	25%	MONITORAGGIO DEI DECRETI INGIUNTIVI	REPORT PERIODICI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	2 (IL PRIMO REPORT, AL 30 SETTEMBRE 2016, DEVE CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	COPIA A CONTROLLO DI GESTIONE
3	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
4	20%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6963 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	570 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	20%			9.231.327,75 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	100%				

obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------

U.O.C. Tecnica - dal 1° novembre UOC Patrimonio e Gestione Risorse Immobiliari e Tecnologiche

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

La percentuale di raggiungimento affidata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	RISPETTO DEL PATTO DI INTEGRITA' ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 382 DEL 21 SETTEMBRE 2015	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE CONTRAENTI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI PER LA SCELTA DEL CONTRAENTE, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI STESURA DI CAPITOLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI	DEFINIZIONE DI PROCEDURA DI CONTROLLO DEI DOCUMENTI DI GARA DA PARTE DI RUP E SUPERVISIONE DA PARTE DI DIRETTORE UOC	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DIRETTE A FAVORIRE ACCORDI, TRA IMPRESA E DIREZIONE DEI LAVORI, STESURA DI CAPITOLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI	DEFINIZIONE DI PROCEDURA DI CONTROLLO SULL'ATTIVITA' DEL DIRETTORE DEI LAVORI DA PARTE DI RUP E SUPERVISIONE DA PARTE DI DIRETTORE UOC	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25% 30%	LIQUIDAZIONE FATTURE	<p>RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6968 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016</p>	<p>116 FATTURE NON LIQUIDATE 358.888,17 IMPORTO NON LIQUIDATO</p>	<p>ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI</p>
2	15%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	<p>A4.1. Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello almeno trimestrale.</p>	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	COPIA CONTROLLO DI GESTIONE (OBIETTIVO CONDIVISO)

U.O.C. Tecnica - dal 1^ novembre UOC Patrimonio e Gestione Risorse Immobiliari e Tecnologiche

OBIETTIVI ANNO 2016					
3	15%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D5) Individuare separatamente i cespiti acquistati con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.1 Ricognizione dei cespiti acquistati con contributi in c/investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda al fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione.	RICOGNIZIONE E RICONGLIAZIONE AL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
4	15%		D5.2 Definire una procedura di gestione per raffronto tra contributo residuo e cespite/i di riferimento) al fine di verificare l'allineamento tra piano di ammortamento e residuo del contributo da utilizzare per la sterilizzazione	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
	100%				

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	25%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6871.DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	116 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	35%			356.888,17 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
3	20%	PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ OBIETTIVO D3 - PROTEGGERE E SALVAGUARDARE I BENI AZIENDALI	DEFINIZIONE DI SPECIFICHE MISURE DI ACCESSO AI LOCALI AZIENDALI.	APPROVAZIONE MISURE SPECIFICHE ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	COPIA CONTROLLO DI GESTIONE
	100%				
obiettivo integrativo fatture 2016		n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate		

U.O.C. Provveditorato, ABS, Attrezzature ed Economato - dal 1° novembre 2016 UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

La percentuale di raggiungimento attestata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	RISPETTO DEL PATTO DI INTEGRITA' ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 382 DEL 21 SETTEMBRE 2015	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE CONTRAENTI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI PER LA SCELTA DEL CONTRAENTE, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI IMANCATO RILIEVO DA PARTE DEL DEC DELL'INOSSERVANZA DEL CAPITOLATO	DEFINIZIONE DI PROTOCOLLO PER SPECIFICARE COMPETENZE E RESPONSABILITA' DEL DEC	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FRAZIONAMENTO ARTIFICIOSO AL FINE DI RICORRERE AD AFFIDAMENTI DIRETTI	RILEVAZIONE ANNUALE E PLURIENNALE DEI FABBISOGNI, DEFINIZIONE FABBISOGNO 2017 ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2016	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA	TRASMISSIONE PROSPETTO A RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ENTRO IL TERMINE INDICATO NEL PPC	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

U.O.C. Proveditorato, ABS, Attrezzature ed Economato - dal 1° novembre 2016 UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6970 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	222 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	30%			1.693.564,44 IMPORTO NON LIQUIDATO	
2	15%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	A4.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/risponsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello almeno trimestrale.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
3	15%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.1 Ricognizione dei cespiti acquistati con contributi in c/investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda al fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione. D5.2 Definire una procedura di gestione per raffronto tra contributo residuo e cespiti/ di riferimento) al fine di verificare l'allineamento tra piano di ammortamento e residuo del contributo da utilizzare per la sterilizzazione	RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE AL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
				DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
	100%				

U.O.C. Provveditorato, ABS, Attrezzature ed Economato - dal 1° novembre 2016 UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
3	35%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6963 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	222 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	40%			1.693.564,44 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	100%				
obiettivo integrativo fatture 2016		n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate		

U.O.C. Amministrazione e Finanze - dal 1° novembre UOC Contabilità e Bilancio

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

La percentuale di raggiungimento attestata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA	TRASMISSIONE PROSPETTO A RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ENTRO IL TERMINE INDICATO NEL PPC	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORI NELL'EMISSIONE DI ORDINATIVI DI PAGAMENTO (SOMME NON DOVUTE, ERRORI DI PERSONA, ASSENZA DI CRITERI PRESTABILITI)	ADDOZIONE DI SPECIFICO REGOLAMENTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
3	15%	LIVIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50% DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6961 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	71 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	15%			1.513.758,87 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
5	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.1 Ricognizione dei cespiti acquistati con contributi in c/investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda al fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione.	RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE AL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
6	10%		D5.2 Definire una procedura di gestione per raffronto tra contributo residuo e cespiti/i di riferimento) al fine di verificare l'allineamento tra piano di ammortamento e residuo del contributo da utilizzare per la sterilizzazione	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
7	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistemico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	A2.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso

U.O.C. Amministrazione e Finanze - dal 1° novembre UOC Contabilità e Bilancio

OBIETTIVI ANNO 2016

8	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	A4.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget delle UOOC. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello, almeno trimestrale.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
9	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.2 Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati al fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
10	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.3 Riguardo ai ricavi per prestazioni sanitarie in regime di intramoenia deve essere prevista la tenuta di una contabilità separata con la previsione di un regolamento aziendale per la gestione delle attività di libera professione. Inoltre devono essere definiti i criteri di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
11	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.	F4.3 Devono essere previste adeguate misure di autorizzazione e controllo propeedeutiche all'emissione di fatture attive.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
12	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originare, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.	F4.4 Devono essere previsti adeguati controlli sugli incassi al fine di garantire la completezza e l'accuratezza nella contabilizzazione degli stessi	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
13	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F5) Valutare i crediti e i ricavi, tenendo conto di tutti i fatti che possono influire sul valore degli stessi, quali ad esempio: il rischio di inesigibilità e l'eventualità di rettifiche.	F5.2 Ai fini della corretta valutazione dei crediti in bilancio è necessario procedere periodicamente alla verifica dell'anzianità dei crediti (analisi dello scaduto), in sede di chiusura del bilancio di esercizio occorre procedere a stimare il valore presunto di realizzo dei crediti tenendo conto dell'anzianità del credito, dello stato di solvibilità del debitore e delle eventuali garanzie ricevute.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
14	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F6) Rilevare la competenza di periodo delle operazioni che hanno generato crediti e ricavi.	F6.1 Oltre alle azioni esposte ai punti precedenti - tutte le azioni previste per l'area F - la procedura aziendale deve prevedere adeguati controlli relativamente alle fattispecie che potrebbero determinare la rilevazione di fatture da ricevere.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
	100%				

U.O.C. Amministrazione e Finanze - dal 1° novembre UOC Contabilità e Bilancio
 OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO					
PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50% DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6961 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	71 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	35%				
2	40%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	100%				
obiettivo integrativo fatture 2016		n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate		

U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1^a novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

la percentuale di raggiungimento attestata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI INSERIMENTO DATI NON CONFORMI RELATIVI A CESSIONI DEL QUINTO DELLO STIPENDO E A DELEGHE DI PAGAMENTO	DEFINIZIONE CALENDARIO CONTROLLI SULLE RETRIBUZIONI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORE (MATERIALE E/O INTENZIONALE) NEL CALCOLO DELL'ANZIANITA' AI FINI TFR / TFR	DEFINIZIONE PROCEDURA DI CONTROLLO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	25%	MONITORAGGIO CORRETTA GESTIONE DEI FONDI CONTRATTUALI, TENUTO CONTO DI QUANTO DISPOSTO CON I P.O.	PREDISPOSIZIONE E TRASMISSIONE REPORT MENSILE ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA	4 (IL PRIMO REPORT, ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2016, DEVE CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	
2	25%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	ATTIVAZIONE SERVIZIO SU NOIPA	SI	

U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1° novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVI ANNO 2016

3	20%	<p>PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità</p>	<p>A4.1. Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello almeno trimestrale.</p>	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
4	15%		<p>F1.2. Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati ai fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.</p>	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
5	15%	<p>PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).</p>	<p>F1.3. Riguardo ai ricavi per prestazioni sanitarie in regime di intramoenia deve essere prevista la tenuta di una contabilità separata con la previsione di un regolamento aziendale per la gestione delle attività di libera professione. Inoltre devono essere definiti i criteri di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività.</p>	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
	100%				

U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1° novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	35%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.2 Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati al fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
3	35%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F1) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricavi).	F1.3 Riguardo ai ricavi per prestazioni sanitarie in regime di inraoemia deve essere prevista la tenuta di una contabilità separata con la previsione di un regolamento aziendale per la gestione delle attività di libera professione. Inoltre devono essere definiti i criteri di allocazione dei costi comuni alle attività inraoemia e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso
	100%				

U.O.C. Controllo di Gestione - dal 1° novembre UOD Controllo di Gestione

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	25%	MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI	RENDICONTAZIONI SINTETICHE AI FINI INTERNI E NEI CONFRONTI DELLA STRUTTURA REGIONALE	DEFINIZIONE STATI AVANZAMENTO	
3	30%	PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ OBIETTIVO A4 - ANALIZZARE I DATI CONTABILI E GESTIONALI PER AREE DI RESPONSABILITÀ	ADOZIONE DI UNA MAPPA DI RACCORDO TRA CENTRI DI COSTO, CLASSI MERCEOLOGICHE E PIANO DEI CONTI	ADOZIONE MAPPA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
4	30%	LIQUIDAZIONE FATTURE	PREDISPOSIZIONE REPORTS PERIODICI ALLE UOOU INTERESSATE ED ALLA DIREZIONE STRATEGICA	N. REPORTS > 8	
	100%				

U.O.C. Stato Giuridico fino al 31 ottobre 2016 - dal 1 novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

La percentuale di raggiungimento attestata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI DIPENDENTI, CUI SI DEVONO CONFERIRE INCARICHI, DI DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'	100,00%	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	NELLE PROCEDURE DI CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO MEDIANTE UTILIZZI DI GRADUATORIE, ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAVORIRE CANDIDATI DIVERSI DAL LEGITTIMO INTERESSATO	TOT CONTROLLI SU ATTI DI CONFERIMENTO / TOT ATTI DI CONFERIMENTO = 1	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	NELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE, ADOZIONE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ATTRIBUZIONE INQUADRAMENTO GIURIDICO PIU' FAVOREVOLE AI FINI ECONOMICI	TOT CONTROLLI SU INQUADRAMENTI / TOT ASSUNZIONI = 1	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	50%	LIQUIDAZIONE FATTURE	EMANAZIONE DEL MANUALE OPERATIVO ENTRO 30 GIORNI DALLA PUBBLICAZIONE DELLA DELIBERAZIONE 324 DEL 12 LUGLIO 2016	SI	COPIA CONTROLLO DI GESTIONE
2	20%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	A4.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello almeno trimestrale.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso

U.O.C. Stato Giuridico fino al 31 ottobre 2016 - dal 1 novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVI ANNO 2016

3	30%	DOTAZIONE ORGANICA	MONITORAGGIO DOTAZIONE ORGANICA (COMPRESIVA DELLE RISORSE FINALIZZATE AL GIUBILEO DELLA MISERICORDIA) - BILANCIO ENTRATE / USCITE ANCHE CON CAUSALI DI ASSUNZIONE / CESSAZIONE	REPORT PERIODICI ALLA DIREZIONE STRATEGICA (IL PRIMO REPORT, OVE NON NE SIANO STATI PRODOTTI ALTRI) DOVRA' CONTENERE I DATI RELATIVI AL PERIODO 1 GENNAIO - 30 SETTEMBRE 2016)	
	100%				

U.O.C. Stato Giuridico fino al 31 ottobre 2016 - dal 1 novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	50%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	50%	DOTAZIONE ORGANICA	MONITORAGGIO DOTAZIONE ORGANICA (COMPRESIVA DELLE RISORSE FINALIZZATE AL GIUBILEO DELLA MISERICORDIA) - BILANCIO ENTRATE / USCITE ANCHE CON CAUSALI DI ASSUNZIONE / CESSAZIONE	REPORT PERIODICI ALLA DIREZIONE STRATEGICA (IL PRIMO REPORT, OVE NON NE SIANO STATI PRODOTTI ALTRI) DOVRÀ CONTENERE I DATI RELATIVI AL PERIODO 1 GENNAIO - 30 SETTEMBRE 2016)	
	100%				

RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI COMUNI DIRIGENZA E COMPARTO

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	35%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADEGUAMENTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MONITORAGGIO MISURE INTRAPRESE DA RESPONSABILI DELLE STRUTTURE	
2	35%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADEGUAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA	MONITORAGGIO MISURE INTRAPRESE DA RESPONSABILI DELLE STRUTTURE	
3	30%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	DISCIPLINARE ORGANIZZATIVO E PROCEDURALE SU WHISTLEBLOWER	ELABORAZIONE DOCUMENTO E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE STRATEGICA ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2016	
	100%				

U.O.C. informatica - dal 1 novembre UOC Information and Communication Technology

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI PRELIMINARI PER LA DIRIGENZA

La percentuale di raggiungimento attestata dal Responsabile ACT produce il moltiplicatore da utilizzare per il calcolo della performance di UO (il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento degli obblighi del Piano di prevenzione della Corruzione, o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA	TRASMISSIONE PROSPETTO A RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ENTRO IL TERMINE INDICATO NEL PPC	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	RISPETTO DEL PATTO DI INTEGRITA' ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 382 DEL 21 SETTEMBRE 2015	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE CONTRAENTI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE, DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI PER LA SCELTA DEL CONTRAENTE, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE	RELAZIONE ATTESTANTE LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA MISURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALL'INFORMATIZZAZIONE DELLE SCHEDE DI SOCCORSO	INFORMATIZZAZIONE, CON FORNITURA DI APPARECCHIATURE COLLEGAMENTI E CONFIGURAZIONI DELLE POSTAZIONI TERRITORIALI PER L'ALIMENTAZIONE DELLA BASE DATI SANITARIA COLLEGATA ALLE SCHEDE DI SOCCORSO, ANCHE AL FINE DEGLI ADEMPIMENTI EMUR 118	INFORMATIZZAZIONE DEL 90 % DELLE POSTAZIONI A GESTIONE DIRETTA DELL'AREA 118, CON UN ORDINE DI PRIORITÀ DEFINITO DALLA DIREZIONE SANITARIA	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
2	25%	LIVIDAZIONE FATTURE		258 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	35%		RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6968 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	636.204,8 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI

U.O.C. informatica - dal 1 novembre UOC Information and Communication Technology

OBIETTIVI ANNO 2016				
3	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	A4.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e consuntivo a livello almeno trimestrale.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016 obiettivo condiviso
4	10%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.1 Ricognizione dei cespiti acquistati con contributi in c/investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda al fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione.	RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE AL 31 DICEMBRE 2016 obiettivo condiviso
5	10%		D5.2 Definire una procedura di gestione per raffronto tra contributo residuo e cespiti/i di riferimento) al fine di verificare l'allineamento tra piano di ammortamento e residuo del contributo da utilizzare per la sterilizzazione	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016 obiettivo condiviso
	100%			

U.O.C. informatica - dal 1 novembre UOC Information and Communication Technology

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E TECNICO

PER TUTTE LE CATEGORIE ED I PROFILI

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ
2	30%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50% DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6968 DEL 11 LUGLIO 2016) ENTRO IL 31 OTTOBRE 2016	258 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
	35%			636.204,8 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI
3	25%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALL'INFORMATIZZAZIONE DELLE SCHEDE DI SOCCORSO	INFORMATIZZAZIONE, CON FORNITURA DI APPARECCHIATURE, COLLEGAMENTI E CONFIGURAZIONI DELLE POSTAZIONI TERRITORIALI PER L'ALIMENTAZIONE DELLA BASE DATI SANITARIA COLLEGATA ALLE SCHEDE DI SOCCORSO, ANCHE AL FINE DEGLI ADEMPIMENTI EMUR 118	INFORMATIZZAZIONE DEL 90 % DELLE POSTAZIONI A GESTIONE DIRETTA DELL'ARES 118/ CON UN ORDINE DI PRIORITÀ DEFINITO DALLA DIREZIONE SANITARIA	
	100%				

obiettivo integrativo fatture 2016	n fatture non liquidate	importo fatture non liquidate
------------------------------------	-------------------------	-------------------------------

UOC COORDINAMENTO SUPPORTO AMMINISTRATIVO SUES Operativo dal 1° novembre 2016

Dr.ssa Maria Antonietta Cervellini

VALIDO PER DIRIGENZA E COMPARTO

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	Tecnostuttura amministrativa - accentramento competenze delle Centrali operative in materia di rilevazione presenze	Completo passaggio delle linee di attività relative alla gestione delle assenze del personale afferente ai SUES	entro il 31 dicembre 2016	
2	20%	Tecnostuttura amministrativa - accentramento competenze delle SUES in materia di rilevazione presenze	elaborazione disciplinare per omogeneizzare la gestione delle assenze per malattia	APPROVAZIONE DOCUMENTO	
3	20%	Tecnostuttura amministrativa - centralizzazione funzioni autoparco Aziendale	Completo passaggio delle linee di attività relative all'Autoparco	SI	
4	20%	Tecnostuttura amministrativa - centralizzazione funzioni autoparco Aziendale	elaborazione regolamento per la gestione/manutenzione del parco mezzi dell'ARES	APPROVAZIONE DOCUMENTO	
5	20%	Tecnostuttura amministrativa - centralizzazione funzioni autoparco Aziendale	ricognizione dello stato delle ambulanze e valutazione loro funzionalità tecnica finalizzata alla dismissione per cessione o rottamazione di un numero di mezzi equivalente alle nuove ambulanze consegnate.	TRASMISSIONE RICOGNIZIONE ALLA DIREZIONE STRATEGICA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	
	100%				

OBIETTIVI ANNO 2016 DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA
1	CONTENIMENTO SPESA	DOTAZIONE ORGANICA	4	30
		LIQUIDAZIONE FATTURE	2	
			5	
			15	
			4	
2	DEMATERIALIZZAZIONE PROCESSI	ADDEBITI COLLEGATI ALL'INFORMATIZZAZIONE DELLE SCHEDE DI SOCCORSO	5	10
		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCANTE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	5	
		PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistematico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	3	
		PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	2	
		ADOZIONE DI UNA MAPPA DI RACCORDO TRA CENTRI DI COSTO, CLASSI MERCEDOLOGICHE E PIANO DEI CONTI	2	
3	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'	DS.1 Ricognizione dei cespiti acquisiti con contributi in investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda al fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione.	3	25
		AA.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e contabile a livello almeno trimestrale.	2	
		ADDEBITI COLLEGATI ALL'INFORMATIZZAZIONE DELLE SCHEDE DI SOCCORSO	5	
		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCANTE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	5	
		PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A2) Programmare, gestire e successivamente controllare, su base periodica ed in modo sistematico, le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati.	3	
		PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO A4) analizzare i dati contabili e gestionali per aree di responsabilità	2	
		ADOZIONE DI UNA MAPPA DI RACCORDO TRA CENTRI DI COSTO, CLASSI MERCEDOLOGICHE E PIANO DEI CONTI	2	
		DS.1 Ricognizione dei cespiti acquisiti con contributi in investimenti iscritti nel Patrimonio netto dell'Azienda al fine di verificarne la corretta corrispondenza tra il valore netto contabile ed il residuo dei contributi utili alla sterilizzazione.	3	
		AA.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget della UO. Tale procedura deve prevedere: - le tempistiche, le modalità di definizione e la struttura del budget; - le modalità di gestione operativa del budget assegnato ai centri di costo/responsabilità; - le modalità di controllo del budget; - le analisi degli scostamenti tra budget e contabile a livello almeno trimestrale.	2	
		ADDEBITI COLLEGATI ALL'INFORMATIZZAZIONE DELLE SCHEDE DI SOCCORSO	5	
3	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'	DS.2 Definire una procedura di gestione per raffronto tra contributo residuo e cespiti/ di riferimento) al fine di verificare l'allineamento tra piano di ammortamento e residuo dei contributi da utilizzare per la sterilizzazione	3	25
		FA.2 Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati ai fini di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	2	
		FA.3 Riguardo ai ricavi per prestazioni sanitarie in regime di intramoenia deve essere prevista la tenuta di una contabilità separata con la previsione di un regolamento aziendale per la gestione delle attività di libera professione. Inoltre devono essere definiti i criteri di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenia e le autorizzazioni necessarie per asportare tale attività.	2	
		FA.4 Devono essere previste adeguate misure di autorizzazione e controllo propeedeutiche all'emissione di fatture attive.	2	
		FA.5 Devono essere previsti adeguati controlli sugli incassi al fine di garantire la completezza e l'accuratezza nella contabilizzazione degli stessi	2	
		FA.6 Al fine della corretta valutazione dei crediti in bilancio è necessario procedere periodicamente alla verifica dell'anzianità dei crediti (analisi dello scaduto), in sede di chiusura del bilancio di esercizio occorre procedere a stimare il valore presunto di realizzo dei crediti tenendo conto dell'anzianità del credito, dello stato di solvibilità del debitore e delle eventuali garanzie ricevute.	2	
		FA.7 Oltre alle azioni esposte ai punti precedenti - tutte le azioni previste per l'area F - la procedura aziendale deve prevedere adeguati controlli relativamente alle fattispecie che potrebbero determinare la rilevazione di fatture da ricevere.	2	
		FA.8 Oltre alle azioni esposte ai punti precedenti - tutte le azioni previste per l'area F - la procedura aziendale deve prevedere adeguati controlli relativamente alle fattispecie che potrebbero determinare la rilevazione di fatture da ricevere.	2	
		FA.9 Oltre alle azioni esposte ai punti precedenti - tutte le azioni previste per l'area F - la procedura aziendale deve prevedere adeguati controlli relativamente alle fattispecie che potrebbero determinare la rilevazione di fatture da ricevere.	2	
		FA.10 Oltre alle azioni esposte ai punti precedenti - tutte le azioni previste per l'area F - la procedura aziendale deve prevedere adeguati controlli relativamente alle fattispecie che potrebbero determinare la rilevazione di fatture da ricevere.	2	

AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA
4	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ACQUISIZIONE DA PARTE DEGLI ENTI CONVENZIONATI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"	1,5	30
		ACQUISIZIONE DA PARTE DELLE IMPRESE CONTRAENTI DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA AL CD "PANTOUFLAGE"	1,5	
		ACQUISIZIONE DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI PER LA SCELTA DEL CONTRAENTE, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE	1,5	
		ACQUISIZIONE DA PARTE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI, DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE CIRCA L'ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE	1,5	
		ACQUISIZIONE DA PARTE DEI DIPENDENTI CUI SI DEVONO CONFERIRE INCARICHI, DI DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'	1,5	
		ADEGUAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA TRASPARENZA	1,3	
		ADEGUAMENTO DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	1,3	
		ADOZIONE DI MISURE CORRETIVE PER RIDURRE RISCHIO DI ECCESSIVA DISCREZIONALITA' NELL'AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI DI PATROCINIO LEGALE	1,5	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORE (MATERIALE E/O INTENZIONALE) NEL CALCOLO DELL'ANZIANTA' AI FINI TFR / TFR	1,4	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORI NELL'EMMISSIONE DI ORDINATIVI DI PAGAMENTO (SOMME NON DOVUTE, ERRORI DI PERSONA, ASSENZA DI CRITERI PRESTABILITI)	1,5	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FRAZIONAMENTO ARTIFICIOSO AL FINE DI RICORRERE AD AFFIDAMENTI DIRETTI	1,5	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI INSERIMENTO DATI NON CONFORMI RELATIVI A Cessioni DEL QUINTO DELLO STIPENDO E A DELEGHE DI PAGAMENTO	1,4	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI MANCATO RILIEVO DA PARTE DEL DEC DELL'INOSSERVANZA DEL CAPITOLATO	1,4	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI STESURA DI CAPITOLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI	1,4	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DIRETTE A FAVORIRE ACCORDI TRA IMPRESA E DIREZIONE DEI LAVORI STESURA DI CAPITOLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI	1,4	
		ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO NELLA LIQUIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLE FATTURE DELLE CHIAMATE A SPOT	1,4	
		DISCIPLINARE ORGANIZZATIVO E PROCEDURALE SU WHISTLEBLOWER	1,4	
INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA	1,4			
NELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE-ADOZIONE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ATTRIBUZIONE INQUADRAMENTO GIURIDICO PIU' FAVOREVOLE AI FINI ECONOMICI	1,4			
NELLE PROCEDURE DI CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO MEDIANTE UTILIZZI DI GRADUATORIE, ADOZIONE MISURE CORRETIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAVORIRE CANDIDATI DIVERSI DAL LEGITTIMO INTERESSATO	1,4			
RISPETTO DEL PATTO DI INTEGRITA' ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 392 DEL 21 SETTEMBRE 2015	1,4			
5	REALIZZAZIONE PIANO STRATEGICO	MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI	5	5
TOTALE				100

OGGETTIVI ANNO 2016 DIRETTORE SANITARIO

AREA TEMATICA	OGGETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA
1	AZIONI DI INTEGRAZIONE DEL SISTEMA	RISPETTO DEL PROTOCOLLO DI INTESA CON SPECIFICHE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA PER LA COLLABORAZIONE IN CORSO DI GRANDI EVENTI E MAXIEMERGENZE	1	4
		PIANO ANNUALE PER EFFETTUAZIONE DI ALMENO TRE ESERCITAZIONI SULLA CATENA DI COMANDO	1	
		MONITORAGGIO SULL'EFFETTUAZIONE DELLE ESERCITAZIONI ANNUALE SULL'ATTIVAZIONE DEL PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	1	
		MONITORAGGIO SULL'AGGIORNAMENTO DEI PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	1	
2	CONTENIMENTO SPESA	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE CD. "A SPOT"	5	10
		REPORT MENSILE SU MEZZI ATTIVATI A SPOT SUDDIVISO PER SINGOLA CENTRALE OPERATIVA	5	
3	DEMATERIALIZZAZIONE PROCESSI	AVVIO IMPLEMENTAZIONE DEMATERIALIZZAZIONE DEI CERTIFICATI DI IDONEITA' SPECIFICA	1	4
		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	1	
		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	1	
		PROTOCOLLO INFORMATIZZATO	1	
4	FLUSSI MINISTERIALI	MONITORAGGIO QUALITA' SCHEDE DI SOCCORSO	2,5	10
		RISPETTO DELL'ADEMPIMENTO MINISTERIALE RELATIVO AI FLUSSI INFORMATIVI SUI DISPOSITIVI MEDICI	2,5	
		RISPETTO DELL'ADEMPIMENTO MINISTERIALE RELATIVO AI FLUSSI INFORMATIVI SUI FARMACI	2,5	
		RISPETTO DELL'ADEMPIMENTO MINISTERIALE RELATIVO AL FLUSSO SIMES	2,5	

OBIETTIVI ANNO 2016 DIRETTORE SANITARIO

	AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA
5	GIUBILEO	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DEGLI EVENTI GIUBILARI PER SINGOLO EVENTO	REPORT ORE ASSISTENZIALI PER TIPOLOGIA DI RISORSA IMPIEGATA	1,25	2,5
		RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DIECI EVENTI GIUBILARI PER SINGOLO EVENTO	REPORT NUMERO PRESTAZIONI EROGATE PER TIPOLOGIA DI RISORSA IMPIEGATA	1,25	
6	LEA	LEA: CONTENIMENTO INTERVALLO ALLARME - TARGET DEI MEZZI DI SOCCORSO	VALORE IN MINUTI E SECONDI DEL 75° PERCENTILE DELLA DISTRIBUZIONE DEI TEMPI DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO DI SOCCORSO SUL TARGET	5	5
7	PARM	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	ELABORAZIONE PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2016 SECONDO LE LINEE GUIDA REGIONALI	2	10
		ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PROGETTAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DI CORSO BASE DI RISK MANAGEMENT	2	
		ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	1,5	
		ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	REPORT TRIMESTRALI SUL N. DI PARTECIPANTI	1,5	
		COORDINAMENTO DEL COMITATO RISCHIO AZIENDALE	ATTI DELLE SEDUTE DEL COMITATO	1,5	
8	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'	PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO REGIONALI	ELABORAZIONI DOCUMENTI SU: "CONSENSO INFORMATO/CARTELLA CLINICA" E "COMUNICAZIONE DELL'EVENTO AVVERSO: IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA MINISTERIALI"	1,5	7,5
		PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricovi).	F4.2 Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contributi sia pubblici che privati al fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	2,5	
		PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F3) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei correlati ricovi).	F4.3 Riguardo ai ricavi per prestazioni sanitarie in regime di intramoenio deve essere prevista la tenuta di una contabilità separata con la previsione di un regolamento aziendale per la gestione delle attività di libera professione. Inoltre devono essere definiti i criteri di allocazione dei costi comuni alle attività intramoenio e le autorizzazioni necessarie per espletare tale attività.	2,5	
		PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Garantire che ogni operazione suscettibile di originale, modificare o estinguere i crediti sia accompagnata da appositi documenti, controllati ed approvati prima della loro trasmissione a terzi e rilevazione contabile.	F4.3 Devono essere previste adeguate misure di autorizzazione e controllo propedeutiche all'emissione di fatture attive.	2,5	

AREA TEMATICA	OGGETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA
9	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 432 DEL 25 MAGGIO 2016)	1	10
		RELAZIONE SEMESTRALE SUL MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA DELLE MISURE ADOTTATE IN ESITO A VALUTAZIONE PSICOLOGICA SU SOGGETTI A RISCHIO	1	
		ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	1	
		CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELLE SCHEDE DI SOCCORSO DEGLI ENTI ESTERNI CON CAMPIONAMENTO CASUALE	1	
		PREDISPOSIZIONE PROCEDURA CHE DEFINISCA I CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEI TURNI AL PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO	1	
		PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: CONTROLLO DEL POSSESSO DEI REQUISITI DEGLI ENTI TERZI	1	
		PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: FORMAZIONE E GESTIONE ALBO FORNITORI	1	
		PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: VIGILANZA EX L. 49/89	1	
		PROPOSTA DI REGOLAMENTO AZIENDALE PER LE MOBILITÀ INTERNE NON LEGATE ALLE NECESSITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE	1	
		VERIFICA ESECUZIONE SERVIZIO ELIMBUANZA REDAZIONE REPORT TRIMESTRALI	1	
10	PREVENZIONE E PROTEZIONE	VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLS/D/PLSD	1	8
		FORMAZIONE AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI: ORGANIZZAZIONE DEGLI SPECIFICI CORSI, COSÌ COME INDIVIDUATI NELLO SPECIFICO PIANO FORMATIVO	2	
		N. PARTECIPANTI / NN. TENUTI ALLA FORMAZIONE =	2	
		AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI ALLA LUCE DEL NUOVO ASSETTO AZIENDALE	2	
		AGGIORNAMENTO DELLE MISURE DIRETTE ALLA PROMOZIONE ED ALLA RILEVAZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEI DIPENDENTI - INDAGINE 2016	2	
		REPORT SU ASSEGNAZIONI DEL PERSONALE CON PRESCRIZIONI O LIMITAZIONI	2	
		COMPIUZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	3	
		90 % PAZIENTI CON ECO REFERIATO POSITIVO PER STEMI TRASPORTATI VERSO NODI DELLA RETE	3	
		ASSORBITAMENTO SUB CENTRALE - GENZANO - PER IL TERRITORIO DELLE ASSLL RM H	3	
		ASSORBITAMENTO SUB CENTRALI - CIVITAVECCHIA E BRACCANO - PER IL TERRITORIO DELLE ASSLL RM F	3	
11	REALIZZAZIONE PIANO STRATEGICO	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAA REGIONALE	3	17
		ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	3	
		DISPONIBILITÀ ELISUPERFICI - ELENCO ELISUPERFICI ED ELISUPERFICI OCCASIONALI	2	
		COSTANTE AGGIORNAMENTO STATO ELISUPERFICI REGIONALI (APERTURE / CHIUSURE / MANUTENZIONI / DECLASSAMENTI)	2	
		ADDEBITAMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	3	
		ADDEBITAMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMO DINAMICHE	3	
		AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AL TERRITORIO DELLE ASSLL RM H	3	
		AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AL TERRITORIO DELLE ASSLL RM F	3	
		ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	3	
		DISPONIBILITÀ ELISUPERFICI - ELENCO ELISUPERFICI ED ELISUPERFICI OCCASIONALI	2	

AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA	
12 REVISIONE MODELLI E PROCEDURE	ADDESIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI RACCOLTA DATI PER ATTIVITÀ DI SOCCORSO	VALIDAZIONE MENSILE DEL DATABASE DEDICATO ENTRO IL 30 DEL MESE SUCCESSIVO	0,5	12	
	AGGIORNAMENTO DEL MESSAGGIO REGISTRATO PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	PRODUZIONE DI UN NUOVO MESSAGGIO REGISTRATO	0,5		
	ATTIVAZIONE ELICOTTERO SOCCORSI PRIMARI	APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER I SOCCORSI PRIMARI	0,5		
	ATTIVAZIONE ELICOTTERO TRASPORTI SECONDARI	APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER TRASPORTI SECONDARI	0,5		
	CONTROLLO ENTI TERZI	CONTROLLO DEI MEZZI DI ENTI TERZI OPERANTI PER AZIENDA	0,5		
		DEFINIZIONE DEI PROFILI DEI CONTROLLI DA PARTE DEI RESPONSABILI DI AREA	0,5		
		VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DEL GRUPPO DI CONTROLLO ENTI TERZI	0,5		
		REDAZIONE PROCEDURA TRASPORTO FUORI REGIONE DEL SOGGETTO RICEVENTE	0,5		
		COORDINAMENTO TRASPORTI CONNESSI ALLE ATTIVITÀ TRAPIANTOLOGICHE	0,5		
		EVASIONE PRATICHE URP AZIENDALE ENTRO 30 GG	0,5		
		GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	0,5		
		MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE SCHEDE RELATIVE ALL'INTERVISTA DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	0,5		
		MISSIONI ANNULLATE	VALUTAZIONE PROPOSTA INTERVENTI CORRETTIVI		0,5
		MONITORAGGIO DEI POSTI LETTI DI AREA CRITICA	ADDESIONE PROCEDURA INFORMATIZZATA PER LE STRUTTURE COINVOLTE		0,5
		MONITORAGGIO QUALITÀ CONTRATTO LAVANOLO	RECEPIMENTO E VERIFICA SCHEDE QUALITÀ OPSE		0,5
		PARTECIPAZIONE GRUPPI DI LAVORO AZIENDALE PER IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA TRAUMA ALLA LUCE DEL NUOVO PFAE REGIONALE	APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE DELLE CENTRALI OPERATIVE		0,5
		PERCORSO ICTUS	VALUTAZIONE COMPILAZIONE SCHEDE ICTUS A CAMPIONE		0,5
			90 % SCHEDE ICTUS COMPILATE / TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI		0,5
		PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE		0,5
		REALIZZAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL REPOSITORY AZIENDALE	VERIFICA TEMPRIVITA' INSERIMENTO PROCEDURE APPROVATE		0,5
		REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO LOGISTICO	APPROVAZIONE DOCUMENTO		0,5
		REVISIONE MODELLO ORGANIZZATIVI E ISTRUZIONI OPERATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SISTRI	APPROVAZIONE DOCUMENTO		0,5
		REVISIONE PROCEDURA GESTIONE MAXEMERGENZA CON LE SINGOLE C.C.CO. PROVINCIALI	AGGIORNAMENTO PROCEDURA		0,5
	RIEVAZIONE DATI DI ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	DISPONIBILITÀ DI REPORTISTICA MENSILE	0,5		
	VALUTAZIONE E PROPOSTE SU QUANTO PREVISTO DALL'ACCORDO STATO-REGIONI 5 AGOSTO 2014 PER L'ORGANIZZAZIONE E L'ASSISTENZA SANITARIA NEGLI EVENTI E NELLE MANIFESTAZIONI PROGRAMMATE	APPROVAZIONE RELAZIONE	0,5		
TOTALE			100		

Delibera n° 269 del 04 MAG. 2017

Copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Roma, li 04 MAG. 2017.

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



Copia della presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale in data 04 MAG. 2017

Roma, li

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda dal 04 MAG. 2017.
al _____

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



E' esecutiva dal 04 MAG. 2017.

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati

