



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**DELIBERAZIONE N. 450 DEL 07 LUG. 2017**

Struttura proponente: UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Codice settore proponente: CGDG0 003 /2017

OGGETTO: **Approvazione della Relazione sulla Prestazione e sui Risultati relativa all'anno 2016**

*Parere del Direttore Amministrativo ff: Dott. Guglielmo Di Balsamo*

FAVOREVOLE      NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)

Firma Guglielmo Di Balsamo

Data 7/7/2017

*Parere del Direttore Sanitario: Dott. Domenico Antonio Ientile*

FAVOREVOLE      NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)

Firma Domenico Antonio Ientile

Data 7-7-2017

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

11/0 LUG. 2017

COMPILATO DALLA UOC PROPONENTE:



non comporta impegno di spesa

comporta impegno spesa come da tabelle sottostanti

	Codice	Descrizione
UOC Proponente Ufficio Liquidatore		
CIG		
CUP		

Conto	Descrizione del Conto	Importo	Periodo di riferimento

Firma del Proponente

[Signature]

Data

30/6/2017



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

Riferimento SUB	Conto 1 dal quale sottrarre importo	Descrizione del conto 1	Importo

Conto 2 al quale assegnare importo	Descrizione del Conto 2	Importo	Anno di riferimento

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: Dott.ssa Elena Bellani

Firma  Data 30/6/2017

Il Dirigente: Dott.ssa Elena Bellani

Firma  Data 30/6/2017

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

07 LUG. 2017

Il Dirigente della U.O.D. 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;

**VISTI** - il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, che all'art. 10, comma 1, lettere a) e b), prevede, tra l'altro, l'adozione, entro il 30 giugno di ogni anno, di un documento denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti;

- 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", che, all'art. 10, comma 1 lettera b), prevede l'adozione di un documento, denominato "Relazione sulla prestazione e sui risultati", che evidenzia, "a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti";

- le linee guida adottate dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche, con propria deliberazione n. 5 del 7 marzo 2012, che, ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b) del D. Lgs. 150/2009, definiscono la struttura e le modalità di redazione della relazione di cui all'articolo 10 dello stesso decreto;

**PREMESSO** che con Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2014, n. 247 è stata approvata la nuova edizione dei Programmi Operativi Regionali 2013 – 2015;

- che con deliberazione 318 del 14 novembre 2014 è stato approvato il Piano Strategico Aziendale, contenente i principali e fondamentali ambiti di sviluppo dell'ARES 118 da realizzare nel triennio 2014 – 2016;

- che con vari DDCCA (292 del 2 luglio 2013, 59 del 12 febbraio 2015, 311 del 11 ottobre 2016) la Regione Lazio ha adottato i Percorsi attuativi di Certificazione dei Bilanci delle Aziende Sanitarie del Lazio (PAC), definendo, al loro interno, azioni di intervento procedurali e sostanziali (Obiettivi di PAC, appunto) da attuare in vista della realizzazione dell'obiettivo maggiore della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie;

- che con deliberazioni nn. 190 del 18 maggio 2015 e 242 del 25 maggio 2016 è stato approvato ed aggiornato, per il triennio 2016 – 2018, il Piano Triennale Anticorruzione, contenente, tra l'altro, l'individuazione delle specifiche attività a maggior rischio corruttivo e delle rispettive misure correttive o limitative di tale rischio, la cui adozione è stata definita quale obiettivo specifico per le strutture interessate;

- che con la Bolla Pontificia Misericordiae Vultus del 11 aprile 2015, è stato istituito il Giubileo Straordinario della Misericordia con inizio l'8 dicembre 2015 e chiusura il 30 novembre 2016, i cui eventi programmati hanno visto l'ARES 118 quale titolare e responsabile della stesura del Piano Straordinario di Protezione Sanitaria;

- che con varie note, Il Commissario ad acta per la Realizzazione del Piano di Rientro ha posto, quale obiettivo per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, l'azzeramento del debito aperto e non liquidato, e precisamente: entro il 31 dicembre 2016 l'azzeramento del debito scaduto nel periodo 1<sup>a</sup> gennaio - 31 dicembre 2016 (ossia relativo a fatture pervenute tra il 1 novembre 2015 ed il 31 ottobre 2016) ed entro il 31 marzo 2017, l'azzeramento di tutto il debito pregresso, indipendentemente dalla vetustà dello stesso;

**ATTESO** che con deliberazioni nn. 430, 466 e 582 del 2016 sono stati affidati, anche sulla base dei sopraelencati atti interni e Regionali, gli obiettivi operativi specifici delle Strutture Aziendali per l'anno 2016, associando a ciascuno uno o più indicatori, ed attribuendo a questi ultimi un valore target, che rappresenta il riferimento per la misurazione della performance;

- che, in particolare:

agli obiettivi relativi al Piano Triennale Anticorruzione, è stata attribuita valenza preliminare, la cui percentuale di raggiungimento attestata dal responsabile aziendale dell'anticorruzione, ha prodotto il moltiplicatore da utilizzare per la performance di struttura;

agli obiettivi relativi all'azzeramento del debito è stato attribuito valore pregiudiziale, rappresentando il raggiungimento dello stesso condizione necessaria per la valutazione degli obiettivi operativi;

- che con determinazione n. 171 del 18 ottobre 2016, integrata dalla determinazione 174 del 7 novembre 2016, si è provveduto ad accorpate in aree tematiche omogenee gli obiettivi specifici operativi affidati alle strutture, riconducendole poi, razione materiae, ai Direttori Amministrativo e



Sanitario e prevedendo che la misura del raggiungimento di ciascun obiettivo sia pari alla media dei risultati raggiunti dalle strutture rispettivamente concorrenti alla sua realizzazione;

- altresì, che, in continuità con quanto già previsto in corso di esercizio nell'anno 2015, è stata ribadita, contestualmente all'assegnazione degli obiettivi, la previsione dell'abbattimento del 10 % del risultato complessivo di U.O. in caso di mancata produzione della reportistica prescritta nei termini stabiliti, in considerazione del fatto che tali adempimenti consentono la valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi e forniscono elementi ed informazioni al più generale fine di rendicontazione aziendale e strategica nei confronti della Regione;

**RILEVATO** che il perseguimento di tutti gli obiettivi preliminari, tematici ed operativi come sopra descritti è stato riscontrato dal Dirigente della UOD proponente, sulla scorta della rendicontazione presentata dai Responsabili delle strutture affidatarie nonché delle attestazioni "esterne" rese dalle strutture a tal fine individuate;

- che in relazione a tutti gli obiettivi (pregiudiziali, preliminari e specifici operativi), il grado di realizzazione degli stessi è contenuto nella Relazione sulla Prestazione e sui Risultati per l'anno 2016, che si allega al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;

**PRESO ATTO** che l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), cui la Relazione è stata sottoposta in forma definitiva (documento n. 1) nella seduta del 27 aprile 2017, ha espresso la propria valutazione positiva, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D. L.vo 150/2009, mediante sottoscrizione, da parte del Presidente, del relativo documento di validazione, allegato al presente documento quale sua parte integrante (doc. n. 2);

- che, ai sensi dell'art. 14, comma 6 del D. L.vo 150/2009, la validazione della relazione sulla performance di cui al comma 4, lettera c) del decreto medesimo, "è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito", quali l'erogazione dell'incentivazione alla produttività del comparto e la retribuzione di risultato della dirigenza;

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

- di approvare la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati relativa all'anno 2015, nella sua stesura definitiva, così come sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione in data 27 aprile 2017, che, allegata alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale (doc. n. 1);
- di prendere altresì atto dell'avvenuta validazione della medesima, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D. L.vo 150/2009, di cui al documento di validazione sottoscritto dal Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione in data 27 aprile 2017 ed allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale (doc. n. 2);

- di pubblicare il presente atto sul sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente / Performance / Relazione sulla Performance.

Si dichiara che il presente schema di deliberazione è stato proposto dal Dirigete 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 DELLA 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 della 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 la Relazione sulla Prestazione e sui Risultati relativa all'anno 2015, nella sua stesura definitiva, così come sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione in data 27 aprile 2017, che, allegata alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale (doc. n. 1);
- di prendere altresì atto dell'avvenuta validazione della medesima, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D. L.vo 150/2009, di cui al documento di validazione sottoscritto dal Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione in data 27 aprile 2017 ed allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale (doc. n. 2);

07 LUG 2017

- di pubblicare il presente atto sul sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente / Performance / Relazione sulla Performance;

La presente deliberazione é composta di n. 98 pagine di cui n. 90 allegati.

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

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dott.ssa Maria Paola Corradi)**





ARES  
118



REGIONE  
LAZIO

ALL. 1

# RELAZIONE SULLA PRESTAZIONE E SUI RISULTATI ANNO 2016

ARES 118  
AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA

## • PRESENTAZIONE

La Relazione sulla Performance, prevista dall'art. 10, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009 e dall'art. 10, comma 1, lettera b), della Legge Regionale 16 marzo 2011, n. 1 (ivi denominata Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati), è stata redatta dalla UOD Controllo di Gestione in collaborazione con la UOC Direzione Medica Organizzativa, sulla base delle linee guida di cui alla Delibera CIVIT n. 5 del 7 marzo 2012.

Essa costituisce lo strumento per illustrare ai cittadini e agli stakeholders i risultati ottenuti nel corso dell'anno 2016, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Evidenzia, a consuntivo, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici individuati e approvati con deliberazione n. 430 del 29 settembre 2016, integrata dalle deliberazioni nn. 466 del 24 ottobre e 582 del 14 dicembre 2016, che rappresentano la traduzione operativa degli obiettivi scaturiti dalla programmazione regionale ed aziendale (Programmi Operativi, Progetto Regionale Telemed, Piano strategico Aziendale, Atto di Autonomia Aziendale, Piano Triennale di Trasparenza ed Anticorruzione, Piano Annuale di Risk Management, Percorsi Attuativi per la Certificabilità, Azzeramento del Debito)

## INDICE

• <b>PRESENTAZIONE</b> .....	2
• <b>IL CONTESTO</b> .....	5
• <i>L'OFFERTA</i> .....	5
• <i>IL PERSONALE</i> .....	6
• <i>INDAGINE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO</i> .....	7
• <i>LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA</i> .....	10
• <i>I RISULTATI RAGGIUNTI</i> .....	16
• ELISOCCORSO .....	16
• PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI .....	17
• MONITORAGGIO INFORMATIZZATO DEI POSTI LETTO OSPEDALIERI DI AREA CRITICA .....	19
• TRASPORTI CONNESSI ALL'ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA .....	19
• MAXIEMERGENZE E GRANDI EVENTI .....	19
• IL GIUBILEO STRAORDINARIO DELLA MISERICORDIA .....	21
• IL TERREMOTO NEL REATINO .....	22
• IL NUE 112 .....	23
• LA NUOVA PIATTAFORMA TECNOLOGICA ARES 118 .....	25
• RISK MANAGEMENT .....	25
• PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LAVORATORI .....	26
• FORMAZIONE .....	27
• ACCREDITAMENTO E CONTROLLO .....	28
• GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO .....	29
• ALTRO .....	30
• <i>LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ</i> .....	31
• <i>ALBERO DELLA PERFORMANCE</i> .....	33
• <i>MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE</i> .....	34
• <i>OBIETTIVI DEI PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI</i> .....	34
• <i>GLI OBIETTIVI DEL PIANO STRATEGICO AZIENDALE 2014–2016: DELIBERAZIONE N. 318 DEL 14 NOVEMBRE 2014</i> .....	34
• <i>GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ – DDCCAA 292 DEL 2 LUGLIO 2013, 59 DEL 12 FEBBRAIO 2015, 311 DELL'11 OTTOBRE 2016</i> .....	36
• <i>GLI OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DI TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE - DELIBERAZIONE 190/2015 E 242/2016</i> .....	36
• <i>GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI: DETERMINAZIONE N. 171 DEL 18 OTTOBRE 2016, INTEGRATA CON DETERMINAZIONE N. 174 DEL 7 NOVEMBRE 2016</i> .....	38
• <i>DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI: DELIBERAZIONE N. 430 DEL 29</i>	

**SETTEMBRE 2016, INTEGRATA DALLE DELIBERAZIONI 466 DEL 24 OTTOBRE 2016 E 582 DEL 14  
DICEMBRE 2016..... 39**

- **RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....41**
- **IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PRESTAZIONE E SUI RISULTATI .42**

## • **IL CONTESTO**

L'ARES 118 nasce nel 2004 con Legge Regionale (n. 9/2004), diventando 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.

In questi ultimi anni, i vincoli di tipo finanziario dettati dal Piano di Rientro Regionale (DGR n. 149 del 6 marzo 2007 e s.m.i.) 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 (DGR n. 420 del 2007; DGR n. 169 del 2008, DCA nn. 73, 74, 75, 76, 80, 111 e 113 del 2010, DCA nn. 247e 412 del 2014).

In questo modello, l'ARES 118 rappresenta l'elemento di interconnessione funzionale tra le strutture delle Reti assistenziali 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.

L'ARES 118 diventa quindi il tessuto connettivo delle reti e, attraverso il potenziamento degli strumenti operativi e delle risorse a disposizione, risponde alle necessità delle stesse, garantendo, al loro interno, l'appropriata gestione del paziente critico, quale punto di forza dell'intero sistema.

L'ARES 118, con il sistema regionale dell'emergenza-urgenza sanitaria:

- garantisce il soccorso in emergenza-urgenza sul territorio, ovvero 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, anche pianificando la risposta sanitaria in occasione del Giubileo Straordinario della Misericordia (8 dicembre 2015 – 20 novembre 2016).
- contribuisce all'organizzazione della continuità assistenziale per le finalità dell'assistenza in urgenza sanitaria.

In tale contesto si inserisce inoltre l'attivazione, in recepimento delle Direttive europee, del Numero Unico dell'Emergenza, NUE 112, attivato a partire dal 19 novembre 2015 per il territorio afferente al prefisso telefonico 06. In previsione l'estensione all'intero territorio della regione Lazio.

### • **L'OFFERTA**

Nella Regione Lazio, l'ARES 118 gestisce le fasi di allarme e di risposta per l'emergenza sanitaria territoriale attraverso 4 Centrali Operative (Roma, Frosinone, Latina, Rieti - Viterbo), l'Elisoccorso e le Maxiemergenze.

Le Centrali Operative dell'ARES 118 provvedono alla gestione delle chiamate della provincia di appartenenza, all'assegnazione del relativo livello di urgenza e all'invio sul posto dei mezzi di soccorso necessari.

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

- 4 Centrali Operative (CO): Roma Città Metropolitana, Frosinone, Latina e Rieti-Viterbo;
- 158 postazioni territoriali di soccorso ubicate su tutto il territorio regionale;
- 222 mezzi di soccorso, di cui 106 di soccorso avanzato (automediche, MSA ed MSAB) e 116 di soccorso di base (come previsto dalla normativa regionale, anche questa tipologia di mezzi prevede la presenza di personale infermieristico a bordo);
- un servizio di elisoccorso, organizzato su tre basi HEM, dislocate a Roma – Fonte di Papa (h24), Latina (h24) e Viterbo (h12);
- 31 elisuperfici dedicate.

Le Centrali Operative interagiscono con gli ospedali di destinazione, via telefono, per il pre-allertamento dell'arrivo di pazienti in condizioni cliniche critiche.

I mezzi di soccorso sono in contatto con le Centrali Operative attraverso canali di comunicazione radio e telefonia mobile. Le Centrali Operative provvedono, altresì, al trasferimento dei pazienti critici in continuità di soccorso.

All'ARES 118 compete, inoltre, la gestione dei posti letto in area critica (terapie intensive, UTIC, TIN) nonché la gestione della Centrale di Ascolto della Continuità Assistenziale per la città di Roma e parte del territorio provinciale. In quest'ultimo ambito, svolge funzione di raccordo delle attività svolte dai medici addetti alla continuità assistenziale (ex Guardia medica) nelle diverse Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio.

Il Servizio di Elisoccorso si svolge su 3 basi operative (Roma, Latina e Viterbo) con tre elicotteri, di cui solo la base di Viterbo con servizio in effemeridi. Attualmente la provincia di Rieti è coperta in parte dalla base di Roma ed in parte da quella di Viterbo.

La provincia di Frosinone è invece coperta dalla base di Latina principalmente e da quella di Roma.

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

#### • **IL PERSONALE**

L'Azienda si avvale della collaborazione di 1815 dipendenti (di cui n. 8 ex. art. 7 c.6), suddivisi nei ruoli (dato al 31 dicembre 2015) come riportato nella tabella seguente:

<b>RUOLO</b>	<b>TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>TEMPO DETERMINATO</b>	<b>COLLABORATORI EX ART. 7 COMMA 6</b>	<b>TOTALE</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>	91	2	0	93
<b>PROFESSIONALE</b>	1	0	0	1
<b>TECNICO</b>	831	111	0	950
<b>SANITARIO</b>	695	100	8	795
<b>TOTALE</b>	<b>1618</b>	<b>213</b>	<b>8</b>	<b>1839</b>

**Tabella 1 - Personale Ares118 – Anno 2016**

Personale del ruolo sanitario: 133 (dirigenza) + 817 (comparto)

Personale del ruolo professionale: 1 (dirigenza)

Personale del ruolo tecnico: 795 (comparto)

Personale del ruolo amministrativo: 9 (dirigenza) + 84 (comparto)

La riduzione del personale a tempo indeterminato (- 3.23 % rispetto al 2015) è in parte compensata dall'immissione di personale a tempo determinato (+ 47 %), che, a partire dal dicembre 2015, è stato assunto al fine di potenziare l'organico in vista delle incrementate esigenze di protezione sanitaria indotte dal Giubileo della Misericordia.

Il Giubileo straordinario è terminato il 30 novembre 2016, ma la Regione Lazio ha consentito, a tutte le Aziende Sanitarie beneficiarie di autorizzazione all'assunzione di personale a tale scopo, la proroga dei suddetti contratti per un ulteriore anno.

L'esame della distribuzione delle risorse umane fa emergere la sostanziale equivalenza delle competenze sanitarie e tecniche del comparto (817/798) all'interno dell'azienda e la residualità della componente amministrativa, che rappresenta il 4,5 % circa del totale.

- **INDAGINE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO**

Per "Benessere Organizzativo" si intende lo stato di salute di un'organizzazione relativamente alla qualità della vita, al grado di benessere psicologico, fisico e sociale dei lavoratori finalizzato ad un miglioramento qualitativo e quantitativo dei propri risultati.

Nella prospettiva del miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dei servizi è indispensabile per le Amministrazioni puntare quindi sulla centralità del ruolo dei lavoratori nell'organizzazione. La gestione del personale, intesa come considerazione della persona nell'ambiente di lavoro e non solo come pura amministrazione del personale, appare dunque fondamentale nel miglioramento della performance dell'organizzazione nel suo complesso.

Il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 attribuiva agli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) il compito di

realizzare indagini sui dipendenti volte a rilevare i livelli di benessere organizzativo, il grado di condivisione del sistema di valutazione e la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale (art. 14 comma 5, abrogato con DPR 9 maggio 2016, n. 105).

La Commissione Indipendente per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche fornisce agli OIV i modelli da utilizzare per la realizzazione di tali indagini.

In ARES l'indagine annuale sul benessere organizzativo è stata affidata all'UOS Psicologia.

Nel 2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale di ARES che ha ridefinito l'assetto organizzativo dell'Azienda coinvolgendo in questo processo di cambiamento la gran parte dei lavoratori, mentre nel 2016 si è avviata la progressiva adozione dei cambiamenti introdotti dall'Atto Aziendale.

Il biennio che si è concluso, inoltre, è stato anche quello nel quale si è svolto il Giubileo (8 dicembre 2015 - 20 novembre 2016), per il quale sono stati assunti circa 200 tra medici, infermieri e personale tecnico, e quello del terremoto del 24 agosto 2016, che ha visto fortemente impegnata ARES in tutte le fasi più critiche dell'emergenza.

Questi cambiamenti e questi importanti eventi hanno probabilmente influenzato le risposte dei lavoratori al questionario.

Se da un lato, infatti, la riorganizzazione aziendale ha prodotto un fisiologico innalzamento dello stress lavorativo, in quanto i lavoratori spesso vivono i cambiamenti con l'ansia del nuovo ed un forte senso di precarietà, dall'altro le nuove assunzioni, ma anche il forte impegno in particolare nell'evento sismico, hanno portato nuove motivazioni al personale.

Per tale motivo, l'esito dell'indagine riveste grande interesse non solo perché è il "termometro" dello stato di salute dell'organizzazione, ma anche perché fornisce indicazioni in merito alla risposta dei lavoratori alla perturbazione fornita dal cambiamento

Nella programmazione dell'indagine del 2016 era stato previsto di distribuire i questionari al personale delle UUOCC SUES Roma Città Metropolitana (Aree 3,5,7,8), Latina, Frosinone, Elisoccorso e delle UUOO Sanitarie e Amministrative site nelle sedi della Direzione Aziendale e Centro di Formazione - Osp. Forlanini.

Gli eventi del 2016, in particolare il sisma del reatino, hanno inevitabilmente determinato una riduzione del campione da esaminare, pertanto i questionari sono stati distribuiti al personale delle UUOCC SUES Roma Città Metropolitana (Area 8), Latina, Frosinone e alle UUOO Amministrative della sede direzionale

La popolazione coinvolta nell'indagine era di 482 lavoratori di tutte le qualifiche pari al 25,68% del totale dei lavoratori di ARES al 1 aprile 2016. Sono stati restituiti 348 questionari compilati pari al 72,2 % del totale.

Nonostante il questionario fosse anonimo e richiedesse solo la compilazione di alcuni dati anagrafici, 48 lavoratori (pari al 13,79 % di coloro che hanno risposto) hanno omesso anche tali dati.

Il modello di indagine è diviso in tre questionari: benessere organizzativo, condivisione del sistema di valutazione e valutazione del superiore gerarchico. Ciascun questionario, a sua volta, comprende più ambiti.

Il questionario sul benessere organizzativo, oltre a 9 ambiti di indagine, chiede ai lavoratori di valutare l'importanza di ciascuna delle aree valutate dal questionario stesso su una scala da 1 (minimo grado di importanza) a 6 (massimo grado di importanza). Il valore soglia sotto il quale si registra un dato negativo è pari a 3,5.

Nel questionario sul benessere organizzativo il punteggio complessivo è pari a **4,27** con un miglioramento di **0,21** rispetto al 2015 (4,06) e di **0,12** rispetto al 2014 (**4,15**). Tale risultato sta evidentemente ad indicare una risposta positiva dei lavoratori agli importanti cambiamenti organizzativi.

Dalla lettura dei dati appare evidente che gli aspetti più critici riguardino:

- la retribuzione e la modalità attraverso la quale questa viene distribuita rispetto alla qualità e alla quantità del lavoro svolto
- la percezione della difficoltà di fare carriera per meriti professionali.

Va riscontrato in ogni caso un sensibile miglioramento rispetto allo scorso anno sia nei lavoratori che nelle lavoratrici.

Questo risultato può far pensare che, sebbene in maniera graduale, i cambiamenti relativi al sistema premiante e alla riorganizzazione cominciano ad avere una risposta positiva da parte dei lavoratori anche – forse – per effetto di una migliore circolazione delle informazioni e di un maggiore partecipazione all'attività formativa.

Rispetto al 2015 va sottolineato che un interessante miglioramento è quello rappresentato dai risultati della scala "*G-Il contesto del mio lavoro*" tra le lavoratrici, che lo scorso anno avevano portato su un versante negativo il valore complessivo della scala. Dei tre items che lo scorso anno si attestavano ben al di sotto del punteggio **3,5** tra le lavoratrici, uno ha superato in modo significativo il *cut off*, gli altri due sono ancora al di sotto, ma entrambi gli indici hanno mostrato un sensibile miglioramento tanto da attestare il valore complessivo della scala ben al di sopra del valore soglia.

Il secondo questionario riguarda la condivisione del sistema di valutazione. A conferma di quanto ipotizzato nel paragrafo precedente, al miglioramento degli indici della scala "*G-Il contesto del mio lavoro*" del questionario sul Benessere Organizzativo, corrisponde un innalzamento sensibile, seppur ancora non sufficiente, degli indici relativi alle tre scale che misurano la percezione dei lavoratori in merito al sistema di valutazione della performance.

Nella divisione per genere non si evidenziano sostanziali differenze tra la valutazione fornita dalle lavoratrici e quella fornita dai lavoratori con valori, in entrambi i casi, sotto soglia. Osservando però i dati, sia per genere che per qualifica, risulta evidente che i dirigenti forniscano una valutazione migliore (in particolare i dirigenti maschi): in tutte le scale infatti – con l'unica eccezione delle dirigenti donne nella scala "*N-Il funzionamento del sistema*" - mostrano un valore sopra soglia

Il personale non dirigente fornisce, invece, un risultato sotto il valore del *cut off*, sia tra i lavoratori che tra le lavoratrici, comunque migliore rispetto all'anno precedente, soprattutto per quanto riguarda le lavoratrici.

Il dato sembra indicare un graduale maggiore coinvolgimento dei lavoratori nella condivisione degli obiettivi aziendali e nel sistema di valutazione della *performance* dall'introduzione del nuovo sistema premiante per il comparto. Maggiore scetticismo, come negli anni precedenti, è espresso dai lavoratori in merito alla possibilità di funzionamento del sistema di valutazione.

Questa scala infatti mostra una sostanziale stabilità, fatta eccezione per le donne non dirigenti (da **2,50** nel 2015 a **2,92** nel 2016) e per i dirigenti di sesso maschile (da **3,72** nel 2015 a **3,51** nel 2016).

Il terzo questionario riguarda la valutazione del proprio superiore gerarchico, con particolare attenzione

all'equità e all'attenzione che pone alla crescita professionale del personale assegnato.

Osservando i risultati suddivisi per genere e qualifica, si deve rilevare che la problematica sembra legata al genere. Le lavoratrici infatti mostrano valori al di sotto del *cut off* in entrambe le scale e le qualifiche con l'eccezione delle dirigenti che, nella scala "P-Il mio capo e l'equità", presentano un risultato al di sopra del valore soglia. Al contrario i lavoratori maschi mostrano valori positivi sia tra i dirigenti che tra i non dirigenti in entrambe le scale.

E' interessante notare come le lavoratrici, più dei lavoratori maschi, siano maggiormente sensibili agli aspetti relazionali. Nel rapporto con il diretto superiore, infatti, valutano non sufficiente l'attenzione posta ai bisogni personali dei lavoratori (elemento fondamentale per le donne sulle quali spesso gravano importanti carichi familiari) e ai *feedback* positivi.

Altro elemento di interesse riguarda l'unico item della scala "P-Il mio capo e l'equità" con un valore sotto soglia. I lavoratori percepiscono nei propri colleghi la convinzione di una comportamento non equo da parte del proprio superiore gerarchico, ma loro stessi, al contrario, hanno la percezione di un comportamento equo e corretto. Questi risultati sembrano evidenziare, quindi, una valutazione complessivamente positiva del superiore gerarchico, relativamente alla correttezza ed equità, ma sottolinea alcune carenze nelle competenze gestionali.

Concludendo, dall'esame dei risultati dell'indagine, nell'anno 2016 si rileva un deciso miglioramento per quanto concerne il clima interno all'organizzazione rispetto agli anni precedenti. Tutte le scale relative al *Benessere Organizzativo* hanno avuto un incremento.

Inoltre, pur rimanendo tutte e tre le scale al di sotto del *cut off*, anche il *Sistema di Valutazione* sembra essere maggiormente conosciuto e condiviso. L'indagine ha evidenziato naturalmente anche alcune criticità, in particolare sui temi della crescita professionale.

Permane anche nel 2016, pur con qualche lieve miglioramento, il problema delle differenze di genere all'interno dell'organizzazione: come negli anni precedenti, infatti, le lavoratrici hanno mostrato complessivamente un risultato peggiore dei loro colleghi di sesso maschile.

Questo risultato, come già evidenziato nell'indagine 2015, è spesso determinato dalla difficoltà di conciliare il lavoro con i carichi familiari che, frequentemente, anche a causa delle carenze del sistema di *welfare*, gravano sulle lavoratrici (genitori anziani, parenti disabili, minori, ecc). Una difficoltà che, data la specificità del sistema dell'emergenza, non può trovare soluzioni nei modelli avanzati di organizzazione del lavoro (come ad es. il telelavoro). Permane, quindi, la necessità di individuare soluzioni che possano orientare maggiormente la politica aziendale verso i temi della conciliazione.

#### • LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In osservanza delle linee di indirizzo regionale di cui al DCA n. 259 del 6 agosto 2014, con deliberazione n. 319 del 14 novembre 2014 è stato approvato l'atto di autonomia aziendale, immediatamente 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.

Nell'anno 2015, in coerenza con gli atti di programmazione regionale (DCA n. 247/2014 e DCA 412/2014), recepiti con il nuovo Atto Aziendale approvato con DCA n. 110 del 19 marzo 2015, l'ARES 118 ha iniziato il percorso di formalizzazione del nuovo assetto organizzativo aziendale, conferendo progressivamente operatività alle sue articolazioni gestionali.

Nell'anno 2016, è terminato il riassetto delle strutture sanitarie ed amministrative con l'istituzione e l'attivazione delle strutture previste ma non ancora operative.

Confermate le linee cardine della riorganizzazione:

**Area di Staff della Direzione Strategica** - costituita dalle articolazioni organizzative e dalle funzioni che supportano e collaborano con la Direzione medesima al fine di perseguire gli obiettivi aziendali. Le caratteristiche di tali strutture sono la trasversalità e l'interdisciplinarietà delle attività svolte, in un'ottica di gestione per processi. In un'ottica di semplificazione si è contenuto il numero delle Unità Operative facendo ricorso all'istituzione di specifiche funzioni, prevedendone l'assolvimento delle stesse mediante l'attribuzione dei relativi incarichi dirigenziali. Si è previsto, inoltre, il potenziamento dell'attività di programmazione, pianificazione e controllo.

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

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

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

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

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

**Funzioni Sanitarie** – revisione dell'assetto organizzativo esistente, in attuazione delle indicazioni riportate nei Programmi Operativi 2013-2015, con l'obiettivo finale di migliorare e valorizzare l'organizzazione del soccorso sanitario extraospedaliero regionale, per garantire interventi più tempestivi ed omogenei sul territorio, mediante un sistema di gestione più dinamico e flessibile delle attività e dei mezzi di soccorso, l'implementazione della dotazione tecnologica e la promozione di percorsi di aggiornamento professionale e formativi per i propri operatori.

In coerenza con i principi sopra esposti, si è provveduto a pianificare importanti modifiche dell'assetto organizzativo del Sistema dell'emergenza-urgenza territoriale:

- riorganizzare ed accorpate le centrali operative, ridotte da 7 a 4, in modo da rispondere agli standard di riferimento che prevedono una centrale operativa ogni 600.000 abitanti, distribuendo in maniera più efficace i mezzi di soccorso sanitarizzati (automediche, Mezzi di Soccorso Avanzato, e Mezzi Soccorso Avanzato Base) sul territorio;
- definizione delle articolazioni organizzative portanti nell'ambito del sistema del soccorso sanitario - U.O.C. Soccorso di Emergenza Urgenza Sanitario (S.U.E.S.) - che racchiudono, al loro interno, la funzione di direzione della Centrale Operativa di riferimento territoriale e la funzione di governo delle postazioni territoriali di competenza, l'una in capo al Direttore dell'U.O.C., l'altra delegata ad un responsabile di U.O.S. , con competenza territoriale di regola provinciale, fatta eccezione per la U.O.C. S.U.E.S. di Roma Metropolitana, in cui, per volume di attività e numerosità dei mezzi dislocati si è dovuto suddividere l'ambito territoriale in cinque distinte zone e quindi in altrettante U.O.S. territoriali;
- istituzione di una Direzione Medica Organizzativa, in analogia a quanto avviene nelle strutture sanitarie ospedaliere, che garantisca, a livello centrale, lo svolgimento di funzioni di coordinamento, monitoraggio e controllo in ambito igienico-sanitario, organizzativo e gestionale;
- istituzione di nuove unità operative, di governo delle nuove linee di attività previste dagli atti programmatori regionali (trasporti secondari, ecc.);

Nel corso dell'anno 2016, la ridefinizione degli assetti aziendali si è sostanziata nei seguenti provvedimenti:

- Istituzione UOC Coordinamento e Supporto Amministrativo SUES (deliberazione 174 del 11 aprile 2016) e della UOS Autoparco, nella stessa incardinata;
- Istituzione UOD Centrale d'Ascolto Continuità Assistenziale (delibera 223 del 12 maggio 2016)
- Istituzione UOD Trasporti connessi alle Attività Trapiantologiche (delibera 227 del 16 maggio 2016)
- Riorganizzazione Macroaree di Coordinamento del Comparto (deliberazione 233 del 18 maggio 2016).
- Istituzione UOC Trasporto Secondario (delibera 258 del 1 giugno 2016)

- Organigramma delle strutture tecnico-amministrative (delibera 418 del 22 settembre 2016)

### LA DOMANDA SODDISFATTA

Nel 2016, le chiamate gestite dalle Centrali Operative dell'ARES 118 sono state 2.678.722 (vs 2.555.042 del 2015, il 4% in più) e riguardano sia le chiamate per richieste di soccorso sia quelle entranti o uscenti per la gestione delle missioni dei mezzi di soccorso. Di queste, 448.316 sono state effettuate per richieste di soccorso dai cittadini afferenti alla Centrale Operativa di Roma e Provincia, pari a 156 chiamate per 1000 abitanti. Il raffronto con i dati degli anni precedenti non è possibile in quanto sono cambiate le modalità di accesso alla Centrale Operativa di Roma, stante il nuovo servizio NUE 112, che fa da interfaccia con il cittadino nella maggior parte dei casi, e stanti le diverse modalità operative per il coordinamento telefonico dei soccorsi che impattano in misura inferiore sui centralini.

Riguardo le altre Centrali Operative Provinciali, si può fare riferimento alla tabella seguente.

CO Provinciale	118 e Servizio entranti	Servizio uscenti	Totali
FR	115.296	99.814	215.110
LT	195.762	151.824	347.586
RI	71.639	70.185	141.824
VT	69.300	64.840	134.140
<b>Totali</b>	<b>451.997</b>	<b>386.663</b>	<b>838.660</b>

**Tabella 2 – numero chiamate per Centrale anno 2016**

Alle richieste di soccorso sono seguite 481.667 missioni (vs 447.472 del 2015, + 7.6%), pari a 81.8 missioni ogni 1000 abitanti residenti del Lazio.

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

Il traffico telefonico è stato gestito per il 69% dalla Centrale Operativa SUES Roma Città Metropolitana, per l'8% dalla CO del SUES Frosinone, per il 13% dalla CO del SUES Latina, per il 10% dalla CO del SUES Rieti e Viterbo mentre le missioni hanno riguardato per il 74% Roma e provincia, per il 7% la provincia di Frosinone, per il 10% quella di Latina, per il 9% quella di Rieti e Viterbo (Tabella 2). Il numero maggiore delle missioni rispetto ai soccorsi è dovuto all'intervento di più mezzi di soccorso per lo stesso evento.

Per quanto riguarda gli interventi primari, i pazienti soccorsi nel 49.7% dei casi erano maschi e nel 50.3% femmine; nel 1.9 % dei casi erano bambini sotto i 10 anni e nel 54.4% soggetti di oltre 60 anni di età, con una significativa quota di ultraottantenni, pari al 27.8% del totale (Tabella 3).

Classi di età	FR	LT	RI	RM	VT	Totale
01 -10	1,8%	2,1%	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%

Classi di età	FR	LT	RI	RM	VT	Totale
10 - 19	4,4%	5,2%	3,9%	4,1%	4,6%	4,3%
20 - 29	6,6%	8,1%	6,3%	8,5%	6,5%	8,2%
30 - 39	7,3%	8,8%	6,5%	9,5%	6,9%	9,0%
40 - 49	9,5%	10,8%	9,0%	11,7%	9,1%	11,2%
50 - 59	10,5%	10,5%	10,1%	11,4%	9,4%	11,1%
60 - 69	12,9%	11,6%	10,9%	10,4%	11,2%	10,8%
70 - 79	15,8%	15,4%	16,5%	15,2%	17,4%	15,5%
>=80	31,2%	27,5%	35,0%	27,0%	32,9%	27,9%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Tabella 3 - Soggetti soccorsi per Classe di Età – Anno 2016**

Nel 67% dei casi il codice di "criticità presunta" assegnato al telefono è stato "giallo", nel 19% "verde", nel 13% "rosso", nell'1% dei casi "bianco". Queste percentuali sono praticamente invariate rispetto al 2015.

La "casa" e la "strada" sono stati i luoghi dell'evento più frequenti, rispettivamente con il 58,3% e il 22%. Le patologie presunte in Centrale Operativa alla chiamata hanno riguardato per il 25% traumi, per il 14% patologie cardiocircolatorie, per il 9% patologie respiratorie e per l'8% patologie neurologiche (Tabelle 4a), 4 b) 4 c)).

Codice Gravità	FR		LT		RI		RM		VT		Totale	
Bianco	25	0%	23	0%	262	2%	3756	1%	97	0%	4163	1%
Verde	2407	9%	4790	12%	2090	16%	60542	19%	6862	35%	76691	19%
Giallo	19323	73%	29154	74%	8379	66%	207757	66%	11149	57%	275762	67%
Rosso	4704	18%	5504	14%	2060	16%	40586	13%	1428	7%	54282	13%
<b>Totale</b>	<b>26459</b>	<b>100%</b>	<b>39471</b>	<b>100%</b>	<b>12791</b>	<b>100%</b>	<b>312641</b>	<b>100%</b>	<b>19536</b>	<b>100%</b>	<b>410898</b>	<b>100%</b>

**Tabella 4 a) distribuzione degli interventi per criticità alla chiamata**

luogo	FR		LT		RI		RM		VT		Totale	
casa	17.481	66%	25.800	65%	8.049	63%	175.928	56%	11.810	60%	239.068	58%
impianti lavorativi	272	1%	505	1%	104	1%	3.075	1%	148	1%	4.104	1%
impianti sportivi	161	1%	286	1%	194	2%	2.115	1%	89	0%	2.845	1%
scuole	377	1%	551	1%	181	1%	4.013	1%	341	2%	5.463	1%
strada	3.706	14%	7.487	19%	1.938	15%	74.790	24%	2.871	15%	90.792	22%
uffici ed esercizi pubblici	388	1%	1.069	3%	307	2%	6.468	2%	447	2%	8.679	2%
altro	4.074	15%	3.773	10%	2.018	16%	46.252	15%	3.830	20%	59.947	15%
<b>Totale</b>	<b>26.459</b>	<b>100%</b>	<b>39.471</b>	<b>100%</b>	<b>12.791</b>	<b>100%</b>	<b>312.641</b>	<b>100%</b>	<b>19.536</b>	<b>100%</b>	<b>410.898</b>	<b>100%</b>

**Tabella 4 b) Distribuzione degli interventi per CO per tipo di luogo.**

Codice Gravità	FR		LT		RI		RM		VT		Totale	
Altra patologia	9.471	36%	3.258	8%	4.808	38%	50.314	16%	2.469	13%	70.320	17%
Cardiocircolatoria	3.306	12%	6.483	16%	1.704	13%	40.522	13%	3.961	20%	55.976	14%
Dermatologica	10	0%	42	0%	6	0%	162	0%	10	0%	230	0%
Gastroenterologica	1.139	4%	3.163	8%	300	2%	13.668	4%	1.416	7%	19.686	5%
Infettiva	149	1%	699	2%	171	1%	1.864	1%	216	1%	3.099	1%
Metabolica	253	1%	637	2%	98	1%	3.672	1%	320	2%	4.980	1%
Neoplastica	281	1%	291	1%	134	1%	2.304	1%	214	1%	3.224	1%
Neurologica	2.454	9%	6.435	16%	998	8%	22.060	7%	2.203	11%	34.150	8%
Non Identificata	282	1%	1.666	4%	149	1%	45.790	15%	661	3%	48.548	12%
Ocullistica	7	0%	24	0%	6	0%	189	0%	12	0%	238	0%
Ostetrico-Ginecologica	141	1%	416	1%	102	1%	3.304	1%	225	1%	4.188	1%
Otorinolaringoiatrica	62	0%	239	1%	14	0%	652	0%	106	1%	1.073	0%
Psichiatrica	447	2%	1.265	3%	233	2%	7.394	2%	570	3%	9.909	2%
Respiratoria	2.408	9%	3.974	10%	1.181	9%	29.514	9%	1.789	9%	38.866	9%
Tossicologica	132	0%	908	2%	139	1%	6.692	2%	335	2%	8.206	2%
Traumatica	5.514	21%	9.234	23%	2.574	20%	79.964	26%	4.533	23%	101.819	25%
Urologica	403	2%	737	2%	174	1%	4.576	1%	496	3%	6.386	2%
<b>Totale</b>	<b>26.459</b>	<b>100%</b>	<b>39.471</b>	<b>100%</b>	<b>12.791</b>	<b>100%</b>	<b>312.641</b>	<b>100%</b>	<b>19.536</b>	<b>100%</b>	<b>410.898</b>	

Tabella 4 c) Distribuzione dei soccorsi per COP per tipo di Patologia.

Anche in questi casi le percentuali si sono rilevate sostanzialmente invariate rispetto al 2015.

#### Gli interventi sanitari con eliambulanza

Nel 2016 il servizio di elisoccorso è stato attivato 2.172 volte.

Base	Orario	Continuità di Soccorso	Primario	Trasferimento Secondario	Totale	
Latina	Diurno	2	603	139	744	85%
	Oltre effemeridi		56	60	116	13%
	n.d.		15	3	18	2%
	<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>674</b>	<b>202</b>	<b>878</b>	<b>100%</b>
Roma	Diurno	1	555	119	675	84%
	Oltre effemeridi	1	42	78	121	15%
	n.d.		5	2	7	1%
	<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>602</b>	<b>199</b>	<b>803</b>	<b>100%</b>
Viterbo	Diurno	2	373	107	482	98%
	Oltre effemeridi		4		4	1%
	n.d.		3	2	5	1%
	<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>380</b>	<b>109</b>	<b>491</b>	<b>100%</b>

Base	Orario	Continuità di Soccorso	Primario	Trasferimento Secondario	Totale	
Totale	Diurno	5	1.531	365	1.901	88%
	Oltre effemeridi	1	102	138	241	11%
	n.d.	0	23	7	30	1%
	Totale	6	1.656	510	2.172	100%
	Totale %	0,28%	76,24%	23,48%		

**Tabella 5 a) - Distribuzione dei soccorsi con eliambulanza per base HEMS.**

Nell'88% dei casi si è trattato di missioni in orario diurno, solo nell'11% l'intervento è avvenuto in orario cosiddetto "oltre effemeridi". Le missioni per trasferimenti secondari "oltre effemeridi" sono state il 27% del totale.

Il codice di gravità attribuito alla chiamata è stato "rosso" nel 92% dei casi, "giallo" nel 7%, "verde" e "bianco" per valori inferiori all'1%.

All'arrivo sul posto il codice di gravità attribuito è stato "rosso" nel 70% dei casi, "giallo" nel 24%, "verde" e "bianco" per il 2% mentre si è constatato un decesso nel 4% dei casi.

Nell'87.2% dei casi le missioni sono state completate.

Base	Completata		Annullata		Altro		Totale
Latina	752	85,6%	118	13,4%	8	0,9%	878
Roma	698	86,9%	100	12,5%	5	0,6%	803
Viterbo	443	90,2%	44	9,0%	4	0,8%	491
Totale	1.893	87,2%	262	12,1%	17	0,8%	2.172

**Tabella 5 b) - Distribuzione dei soccorsi con eliambulanza per esito.**

### • **I RISULTATI RAGGIUNTI**

Relativamente all'anno 2016, si riportano di seguito le principali azioni svolte ed i principali risultati conseguiti, con particolare riferimento agli obiettivi scaturiti dalla programmazione regionale ed aziendale.

#### • ELISOCCORSO

Nel corso del 2016, stante anche l'incremento delle presenze nel Lazio e nella Città di Roma e i possibili eventi di maxi emergenza in occasione del Giubileo della Misericordia, si è proceduto alla stipula/rinnovo delle convenzioni relativamente ai seguenti aeroporti/elisuperfici militari:

- Caserma "Castro Pretorio" - Roma in data 17.05.2016
- Città Militare della Cecchignola - Roma in data 31.05.2016
- Aeroporto Militare "G. Moscardini" - Frosinone in data 09.09.2016

- Aeroporto Militare "F. Baracca" - Roma Centocelle in data 27.10.2016

Si è, altresì, proceduto alla ricognizione e valutazione di ulteriori punti di atterraggio, in linea con quanto previsto dalla Legge Regione Lazio n.11 del 24.11.2014 "Sicurezza sanitaria dal cielo in tutto il Lazio. Disposizioni per garantire l'effettiva applicazione del Regolamento (UE) n. 965/2012 della commissione sui requisiti tecnici e le procedure amministrative per quanto riguarda le operazioni di volo ai sensi del regolamento (CE) n. 216/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio. Modifiche alla legge regionale 3 agosto 2004, n. 9 (Istituzione dell'azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118) e successive modifiche", effettuando sopralluoghi in vari comuni del territorio regionale al fine di individuare punti di atterraggio idonei anche all'attività notturna del Servizio di Elisoccorso, avviando nel corso del 2016 le procedure di soccorso sanitario urgente extra-ospedaliero, anche in orario notturno, sui seguenti territori:

- Comune di Canino ( VT), attivato in data 14.5.2016
- Comune di Canepina ( VT), attivato in data 08.07.2016
- Comune di Fiumicino ( Loc. Fregene), attivato in data 28.07.2016
- Comune di Serrone ( Frosinone), attivato in data 14.12.2016.

Sempre in tale ambito, nel corso del 2016 sono stati effettuati svariati sopralluoghi per l'individuazione di ulteriori punti di atterraggio in diversi Comuni del Lazio che, stante la disponibilità delle amministrazioni locali, si auspica di poter attivare quanto prima, nello specifico: Fondi, Terracina e Sperlonga nella provincia di Latina; Subiaco nella provincia di Roma; Bolsena, Ischia di Castro e Marta Capodimonte nella provincia di Viterbo.

Si sono inoltre completate le attività propedeutiche all'utilizzo per finalità sanitarie delle piazzole di atterraggio presenti lungo il Grande Raccordo Anulare e sul tratto della A91/Roma-Fiumicino in esso compreso, con attivazione della specifica procedura d'uso dal maggio 2016 per 6 delle piazzole in essere (Area di Servizio Settebagni Interna; Area di Servizio Casilina Interna; Area di Servizio Casilina Esterna; Area di Servizio Ardeatina Esterna; Area di Servizio Magliana; Area di Servizio Pisana Interna).

Relativamente all'attività di Elisoccorso, si è, inoltre, proceduto ad aggiornare ed integrare con la Polstrada il Protocollo per il soccorso primario in Autostrada e sulla rete viaria ad alta percorrenza.

Sono state, inoltre, riviste le procedure d'ingaggio dei velivoli dell'Aeronautica Militare o altri Enti Istituzionali per l'intervento nelle Isole di Ponza e Ventotene in caso di condizioni meteo avverse all'utilizzo dei velivoli in dotazione (Prot. 21 del 18 luglio 2016) , rivedendo nel contempo le modalità di comunicazione con il gestore dell'Elisuperficie dell'Isola di Ponza per una ottimizzazione delle attività nelle Isole.

Nel corso del 2016, in accordo con il Policlinico Universitario Umberto I di Roma, si è implementata la procedura operativa relativa al trasferimento inter-ospedaliero del paziente critico neonatale (STEN) tramite elisoccorso, attiva a far data dal 18 maggio 2016, in linea con quanto previsto dal DCA n. 8 del 25 gennaio 2016.

- PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI

In linea con quanto previsto dal DCA 412/2014, nel corso del 2016, si è completata, a livello regionale, l'estensione del Progetto 'TELEMED', che permette la trasmissione dei tracciati ECG dalle ambulanze, anticipando la diagnosi dei pazienti con infarto STEMI direttamente presso le strutture delle Rete Cardiologica Regionale con Emodinamica.

L'attivazione di tale sistema, già operativo per la Provincia di Latina, con la rete dell'Infarto Pontino, ed attivato il 16 novembre 2015 per la Provincia di Viterbo, ha visto l'estensione a tutto il territorio regionale, con l'integrazione delle Province di Rieti avvenuta in data 13 dicembre 2016 e delle Province di Roma e Frosinone, avvenuta in data 19 dicembre 2016.

Tale sistema ha previsto, quindi, presso l'ARES 118, l'istituzione del Centro Regionale per la Refertazione - CRR, che referta centralmente, per tutto il territorio regionale, i tracciati elettrocardiografici a 12 derivazioni, eseguiti a bordo dell'ambulanza: tale servizio è attivo per la fase iniziale, nella fascia oraria diurna (dalle ore 08.00 alle ore 20.00), tutti i giorni dell'anno, festivi inclusi.

L'attività del 2016 del sistema centralizzato TELEMED è sintetizzata nelle tabelle seguenti:

Provincia	ECG Effettuati	di cui pazienti	ECG duplicati	ECG di monitoraggio
<b>Frosinone</b>	45	25	6	14
<b>Rieti</b>	17	15	1	1
<b>Roma</b>	140	95	17	28
<b>Totale complessivo</b>	<b>202</b>	<b>135</b>	<b>24</b>	<b>43</b>

Provincia	STEMI	NO STEMI	NORMALE	ALTRO	Totale Pazienti
<b>Frosinone</b>	2	18		5	25
<b>Rieti</b>	2	10		3	15
<b>Roma</b>	13	72	1	9	95
<b>Totale complessivo</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>135</b>

Nello specifico, tutti i soggetti soccorsi nell'anno 2016, con refertazione ECG positiva per STEMI, sono stati, come da obiettivo aziendale, sono stati trasportati nella struttura ospedaliera dotata di emodinamica:

- C.O. Roma Città Metropolitana: n.13 (2 al Policlinico Gemelli, 1 al Presidio Vannini, 1 al Presidio S. Eugenio, 2 al Presidio Grassi, 3 all'Azienda Ospedaliera S. Camillo, 2 al Policlinico Tor Vergata, 1 al Presidio Pertini; 1 al Presidio Aurelia Hospital);
- C.O. Frosinone: n. 2 (entrambi al Presidio Spaziani);
- C.O. Latina: n. 131 (126 al Presidio S. M. Goretti, 5 al Presidio di Formia);
- C.O. Rieti e Viterbo: n. 4 (1 al Presidio S. Camillo de Lellis, 3 al Presidio Belcolle).

Relativamente al PCAE per "Gestione pazienti con sospetto accidente cerebrovascolare acuto non traumatico", attivato nel dicembre 2015, che prevede la compilazione di una specifica scheda clinica in caso di sospetto di accidente cerebrovascolare, si è proceduto, nel corso del 2016, alla piena implementazione del percorso nonché alla verifica delle schede ictus congiuntamente all'analisi delle schede di soccorso relative, al fine di procedere alla valutazione del livello di compilazione delle prime, per i periodi temporali di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2016.

Acquisite le schede ictus dalle strutture aziendali coinvolte (Centrali Operative e U.O.C. Elisoccorso), si è proceduto alla predisposizione di un data base unico aziendale delle stesse. La valutazione, come da obiettivo aziendale a campione, ha riguardato la C.O. di Frosinone, con l'analisi di tutte le schede ictus acquisite, relativamente ai mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2016.

Per quanto attiene il Percorso assistenziale per il paziente affetto da trauma grave e neuro trauma, determinato dalla regione Lazio il 3 dicembre 2015 (determinazione regionale G15037 del 03/12/2015) nel corso del 2016, è stata predisposta e adottata, a livello aziendale, la procedura sulla gestione dei traumi, che tiene conto delle singole peculiarità provinciali, oggi operativa.

- **MONITORAGGIO INFORMATIZZATO DEI POSTI LETTO OSPEDALIERI DI AREA CRITICA**

L'ARES 118 effettua un servizio di monitoraggio dei posti letto in area critica a supporto delle strutture ospedaliere regionali che richiedano il trasferimento di pazienti ed effettua il collegamento tra la struttura richiedente e la struttura ricevente. Nel corso del 2016, è stato predisposto uno specifico applicativo informatico, accessibile via web, relativo alla gestione complessiva delle funzioni di: definizione dello stato dei posti letto nelle diverse strutture ospedaliere; richiesta di posto letto; ricerca di posto letto; conferma della disponibilità di posto letto - relativamente al quale è stata implementata nel 2016 la funzione di monitoraggio dello stato dei posti letto. Dopo specifica formazione delle figure accreditate al sistema nelle diverse strutture ospedaliere, al 31 dicembre 2016 delle 38 strutture interessate, 35 risultavano operative mentre le ultime 3 strutture lo sono diventate nel gennaio 2017.

- **TRASPORTI CONNESSI ALL'ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA**

E' stata redatta ed adottata, a livello aziendale, di concerto con il Centro Regionale Trapianti-Regione Lazio, la specifica procedura "Trasporto presso un Centro Trapianti di altra Regione del soggetto ricevente residente nella Regione Lazio", operativa dal 1° luglio 2016, dopo l'abolizione dei voli di stato per tale tipologia di trasporto, sulla base di specifica disposizione della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La procedura prevede il collegamento tra il Centro Regionale Trapianti del Lazio e l'ARES 118, per l'organizzazione del trasporto del soggetto ricevente nei tempi indicati dal Centro trapianti extra regionale di destinazione.

Rispetto a tale tipologia di attività tutte le richieste pervenute ad ARES 118, dal 1 luglio 2016 (data inizio attività) ad oggi, sono state evase, ovvero il 100% delle stesse.

Sulla base del DCA regionale n. 247 del 25 luglio 2014 l'ARES 118 dovrà farsi carico, in prospettiva, di tutti i trasporti collegati ai trapianti, ricomprendendo quindi, oltre a quelli già attivi nel 2016, quelli relativi al trasporto di organi e di *equipes* ed, in tale ottica, già nel 2016 è iniziato un lavoro di studio e approfondimento finalizzato all'organizzazione di tale attività, nel suo complesso.

- **MAXIEMERGENZE E GRANDI EVENTI**

Nel 2016, la partecipazione a tavoli tecnico-operativi, istituiti presso le sedi istituzionali - Prefettura, Questura, Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Comuni, Autorità Aeroportuale, Ferrovie dello Stato, Capitaneria di Porto, etc. - ha

coinvolto l'ARES 118 nella revisione/aggiornamento dei piani di emergenza e delle procedure collegate per i siti sensibili, per le industrie a rischio di incidente rilevante e per tutte le situazioni, attese, accadute, non ancora accadute ma possibili, capaci di evolvere verso un contesto di maxiemergenza con conseguenze gravi e severe in ordine a danni a persone e cose.

Attraverso un lavoro congiunto della UOC Maxiemergenze, delle Centrali Operative, della UOC Elisoccorso, della UOC Servizio Infermieristico, del Servizio di Psicologia e del Servizio Logistico, si è proceduto alla revisione della procedura sulla gestione delle maxiemergenze. Si è, inoltre, proceduto ad interpellare tutte le strutture ospedaliere sede di DEA I, DEA II e PS, in ordine all'aggiornamento dei PEIMAF (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti).

Nell'anno 2016, si è garantita la protezione sanitaria nel corso di numerosi eventi programmati nel territorio di Roma e Provincia nonché il supporto metodologico alle Centrali Operative delle altre Provincie per la gestione di eventi programmati nel territorio di propria competenza.

In tale anno, ad esclusione dei grandi eventi Giubilari, il numero di eventi direttamente gestiti dall'ARES 118, nella sola città di Roma, a titolo sportivo, ricreativo, musicale ecc., è stato pari a 95; a questi si aggiungono tutti gli altri eventi per i quali all'ARES è stata richiesta una attività di pianificazione e di coordinamento per la protezione sanitaria in emergenza-urgenza.

La pianificazione della risposta sanitaria, per ciascun evento, ha richiesto una attività per fasi operative collegate a specifiche azioni:

➤ Azioni preliminari all'evento:

- Partecipazione a Tavoli tecnico-operativi istituiti presso le sedi istituzioni, alle conferenze di servizi, alle commissioni di pubblico spettacolo, con acquisizione dei criteri e degli elementi essenziali per la stesura del piano di soccorso sanitario extraospedaliero nelle aree d'interesse;
- Individuazione delle necessarie risorse sanitarie e logistiche, strutturali, tecnologiche e organizzative da attivare nelle aree di interesse;
- Ricognizione delle necessarie risorse in ambito aziendale ed extraaziendale;
- Pianificazione, programmazione, predisposizione del sistema di coordinamento e gestione delle attività sanitarie nelle aree d'interesse, con stesura del piano di soccorso sanitario extraospedaliero;
- Arruolamento di risorse sanitarie umane e logistiche di ARES 118, enti/associazioni extraaziendali;
- Comunicazione alle strutture Ospedaliere delle attività sanitarie distribuite sul territorio.

➤ Azioni in corso di evento:

- Coordinamento e gestione delle attività sanitarie di soccorso extraospedaliero nelle aree direttamente e indirettamente interessate dall'evento;
- Attivazione di unità di crisi locali (Posto di Comando Avanzato) per il monitoraggio delle attività nelle aree di interesse;
- Attivazione di unità di crisi aziendale in contatto con le unità di crisi locali e con le unità di crisi presenti presso siti istituzionali, ove attivate;

- Collegamento con le strutture ospedaliere per il monitoraggio della recettività in caso di trasferimento dei codici di gravità non trattabili sul posto;
- Attivazione dei PEIMAF ospedalieri.
- Azioni di fine evento:
  - Comunicazione, ai soggetti interessati, comprese le strutture ospedaliere, del “fine evento”, in condivisione con gli enti, istituzionali e non, coinvolti.

- IL GIUBILEO STRAORDINARIO DELLA MISERICORDIA

Per la gestione complessiva di tutti gli eventi programmati dall’ 8 dicembre 2015 al 20 novembre 2016, con Decreto del Presidente del Consiglio, è stata istituita la Segreteria Tecnica Giubilare, coordinata dal Prefetto, quale organo deputato ad assicurare il raccordo operativo tra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti.

L’ARES 118, sulla base del Piano Sanitario Straordinario predisposto per l’intero anno giubilare, ha modulato, per ciascun evento, in linea con le informazioni fornite in occasione di ciascun incontro presso il Tavolo tecnico della Segreteria Giubilare, le necessarie risorse straordinarie - umane, logistiche e tecnologiche - rispetto agli scenari di riferimento.

La pianificazione preliminare prevedeva n. 144 eventi, diversamente caratterizzati rispetto a: numero e tipologia dei partecipanti; durata; numero dei siti coinvolti. Di fatto, il numero di eventi che ha maggiormente interessato ARES, dalla stesura del Piano Sanitario al “fine evento”, sono stati 132. Per i restanti 12 eventi, che si sono caratterizzati per un minore afflusso di partecipanti, la partecipazione di ARES ha riguardato, invece, il solo coordinamento.

Tra i 132 eventi gestiti globalmente dall’ARES 118, a titolo di esempio, l’esposizione delle reliquie dei santi Pio e Leopoldo, la venerazione delle reliquie di S. Teresa di Calcutta, il Giubileo dei ragazzi, il Giubileo dei disabili e degli ammalati, il Giubileo della Spiritualità hanno impegnato più giorni (fino a 7), in h24, più aree evento e lo spostamento dei partecipanti da un sito all’altro. Il massimo afflusso di partecipanti, per singolo giorno evento, non ha superato il valore di 350.000 unità.

Le risorse sanitarie, per gli eventi giubilari del 2016, sono state impegnate come di seguito riportato: il posto medico avanzato (PMA) per 323 ore; il posto medico di rianimazione (PMR) per 142 ore; l’ambulanza medicalizzata per 676 ore; l’ambulanza infermieristica per 990 ore; le squadre di soccorso per 679 ore; il supporto logistico per 163 ore; il supporto psicologico per 95 ore; l’attività di coordinamento presso l’azienda per 661 ore; il coordinamento sul luogo evento per 373 ore. Le ore riportate attengono il tempo di operatività delle singole risorse, ciascuna delle quali è costituita da operatori di diversa qualifica (medico, infermiere, autista, barelliere, psicologo, operatore tecnico, ecc.).

In tutte le giornate evento, è stata assicurata la presenza di un dirigente medico presso la Segreteria Tecnica Giubilare per il collegamento con tutti gli enti istituzionali. Nella città di Roma, per l’intero anno giubilare, n. 6 ambulanze infermieristiche e n. 2 automediche hanno supportato l’attività ordinaria di soccorso.

Le risorse sanitarie straordinarie, a tutela dei partecipanti, come pianificate ex ante, sono state attivate, nelle singole giornate evento, limitatamente alla durata dell’evento stesso. Di contro, le risorse per l’assistenza sanitaria, non in

emergenza-urgenza, pianificate ex ante nei luoghi di maggior afflusso (es. percorsi giubilari, basiliche, stazioni ferroviarie e metro), in maniera continuativa h12, tutti i giorni dell'anno, non sono state attivate per l'intero anno ma solo in situazioni di maggior afflusso.

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 settore/i, 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, ha favorito 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 stata realizzata 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 stata 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.

- Il TERREMOTO NEL REATINO

Il 24 agosto 2016, alle ore 03:36 del mattino, una prima scossa di terremoto, di magnitudo 6, scuote il territorio del Reatino, con particolare riferimento ai comuni di Accumoli ed Amatrice; una seconda scossa si verifica alle ore 04:33. In tempo reale, alle ore 03:36, gli operatori della postazione di Amatrice, che ha sede presso l'ospedale della cittadina, comunicano alla Centrale Operativa di Rieti il crollo della struttura ospedaliera che li ospita e, immediatamente, dalla postazione stessa parte un mezzo per la prima ricognizione. La C.O. di Rieti procede quindi alla diffusione dell'allarme presso le CC.OO. di Viterbo, Roma e L'Aquila (rispettivamente ore 03:38, ore 03:41, ore 03:45). Viene immediatamente attivata l'UOC Elisoccorso e la piazzola di Amatrice. Alle ore 03:50, vengono attivate: l'UOC Maxiemergenze, il Servizio Infermieristico, il Servizio Logistico ed il Servizio Autoparco aziendali e richiamati in servizio tutti gli operatori reperibili

(si è registrato anche il rientro di numerosi operatori non reperibili e con rientro spontaneo dal congedo ordinario). Alle 04:17, viene effettuata una ricognizione per via aerea, con l'eliambulanza di ARES; si acquisisce quindi l'informazione sul reale danno al territorio. La prima risorsa attivata sul posto è costituita dal PMA di Rieti e dai mezzi di soccorso di Rieti, Viterbo, Roma, L'Aquila. La seconda partenza ha assicurato sul posto: n. 4 posti medici avanzati, n. 69 ambulanze, n. 8 eliambulanze, con n. 41 medici dell'emergenza/anestesisti rianimatori, n. 326 infermieri/barellieri/autisti, n. 20 operatori di coordinamento.

L'attività di soccorso sanitario a feriti si è concretizzata nel pomeriggio del 24 agosto, con i seguenti dati relativi alle persone soccorse: n. 421 sono state ricoverate presso strutture ospedaliere del Lazio e di altre Regioni ed, in particolare, n. 190 presso l'ospedale di Rieti (compresi i pazienti evacuati dall'ospedale di Amatrice); n. 54 presso gli ospedali di Roma, n. 177 presso ospedali di Marche e Abruzzo. Delle 190 persone ricoverate presso l'ospedale di Rieti, n. 79 sono state trasportate con ambulanza e, di queste, n. 11 in codice rosso, 39 in codice giallo, n. 29 in codice verde. Delle 231 persone ricoverate presso altri ospedali, n. 32 sono state trasportate in ambulanza e n. 44 con eliambulanza (n. 54 in codice rosso, n. 67 in codice giallo, n. 45 in codice verde, n. 43 deceduti, n. 22 senza codice).

Il totale dei soccorsi in età pediatrica è stato pari a 54, per n. 24 maschi e n. 30 femmine.

L'ARES 118 ha, quindi, svolto un'attività di assistenza sanitaria a tutte le persone non ospedalizzate, sia per situazioni cliniche risolvibili sul posto sia a supporto delle persone cui era stata comunicata il decesso di familiari o amici. Dal giorno 24 agosto, équipes di psicologi coordinati da ARES hanno operato H24 a supporto della popolazione colpita. Le risorse attive nell'area gradualmente sono rientrate nel loro sito di lavoro ordinario, pur assicurando, fino ad inizio 2017, la presenza di PMA e mezzi di soccorso in tutta l'area a supporto di tutti gli 84 campi attivati per la popolazione nei comuni di Accumoli ed Amatrice. Ad Amatrice, in mancanza della sede fisica della postazione presso l'ospedale, è stata attivata una struttura mobile per la permanenza dei mezzi e del personale e a supporto dell'attività della postazione di Amatrice è stata allargata in H24 l'attività, ordinariamente in H12, della postazione di Posta.

- **IL NUE 112**

La direttiva 91/396/EEC del 21 luglio 1991 ha stabilito l'istituzione su tutto il territorio dell'Unione Europea del numero unico per l'emergenza, corrispondente alla numerazione telefonica 112.

Su tale numero devono confluire tutte le chiamate di emergenza che tradizionalmente afferivano alle seguenti numerazioni in relazione alla tipologia di soccorso richiesta: 112 (carabinieri), 113 (polizia), 115 (vigili del fuoco) e 118 (soccorso sanitario).

In considerazione di ciò i Ministeri competenti hanno avviato un percorso, che ha visto coinvolte le Regioni, le Prefetture territorialmente competenti e gli enti preposti alla gestione delle emergenze, che ha portato alla stesura di un cronoprogramma su scala nazionale, nel quale venivano individuate le province presso cui si sarebbe proceduto all'attivazione del servizio.

Per quanto attiene la regione Lazio, a seguito dell'indizione del Giubileo Straordinario della Misericordia e della previsione di un considerevole afflusso di pellegrini e turisti presso la città di Roma, si è ottenuto di anticipare al 2015 la partenza del distretto telefonico 06 (corrispondente alla città di Roma ed a buona parte della provincia), rimandando

l'attivazione delle restanti provincie.

Si è, inoltre, stabilito che la Centrale Unica di Risposta, ubicata nella città di Roma, avrebbe dovuto rispondere al modello organizzativo del cosiddetto call center laico (già applicato con successo in Lombardia) ovvero tutte le telefonate di soccorso, provenienti dall'area geografica relativa al distretto telefonico 06, vengono instradate alla Centrale Unica di Risposta (PSAP 1) dove gli operatori, che non appartengono a nessuno degli enti che gestiscono le emergenze, identificano l'ente prioritario che dovrà gestire il soccorso in relazione alle esigenze manifestate dall'utente, identificano il numero del chiamante e geolocalizzano la chiamata.

Tutte queste informazioni vengono riportate in una scheda dati (scheda di contatto), che unitamente alla fonìa della telefonata di soccorso, viene trasmessa alla Centrale Operativa (PSAP 2), che dovrà farsi carico della gestione effettiva del soccorso, allertando, ove ritenuto opportuno e necessario, anche altri enti che possono avere competenza sullo stesso (es. vigili del fuoco in caso di incidente stradale con ferito incastrato, ecc.).

Tale variazione, che comunque consente la copertura di un bacino d'utenza di circa 4.000.000 di persone, ha comportato un notevole sforzo organizzativo e dispendio di risorse da parte di ARES 118, visto anche i tempi molto stretti entro cui attivare la centrale unica di risposta.

E' stato necessario intraprendere un adeguamento tecnologico della Centrale (sia per quanto attiene la parte telefonica sia per la parte inerente il software di centrale) in modo da consentire alla stessa di adeguare il numero di linee telefoniche entranti, di ricevere le schede di contatto unitamente alla telefonata e di consentire la loro associazione con le schede di soccorso, che vengono prodotte ad ogni richiesta di intervento. Tuttavia le tecnologie delle due Centrali (NUE e 118) non sono ancora perfettamente allineate.

L'attività della Centrale NUE 112 in connessione con quella dell'ARES 118 è iniziata nel Novembre 2015.

Dopo la messa appunto delle componenti telefonica e informatica della Centrale Operativa, è stato effettuato un continuo monitoraggio delle attività allo scopo di individuare eventuali criticità. In seguito a questo monitoraggio sono state messe in atto, in Centrale Operativa, alcune procedure per ovviare a problematiche, soprattutto tecnologiche, emerse durante i primi mesi di attività quali, ad esempio, l'esistenza di schede NUE duplicate, il disallineamento delle componenti cartografiche, la difficoltà nell'associare la chiamata alla scheda informatica ecc.

Di queste problematiche si è tenuto conto durante la collaborazione con LazioCrea, ISED e la Regione Lazio per la realizzazione del nuovo sistema informatico-informativo dell'ARES 118 (chiamato SIE118) così che, quando sarà posto in esercizio, tali criticità saranno completamente risolte.

Dal 1° Gennaio al 31 Dicembre 2016 sono state ricevute 448.316 chiamate telefoniche per richiesta di soccorso. Di queste 409.056 (91%) sono state smistate dal NUE 112 (PSAP1) alla Centrale Operativa 118 (PSAP2), a fronte di 39.260 chiamate entrate componendo il 118 attraverso le linee ancora non instradate alla Centrale NUE 112.

Sulla linea dedicata alle comunicazioni di servizio per la gestione dell'attività di emergenza-urgenza sono transitate 1.158.948 chiamate, tra entranti e uscenti. Precedentemente alla entrata in servizio della Centrale Operativa NUE 112, parte di queste chiamate ricadevano sul numero dell'emergenza 118. In tal modo si è ottenuto anche il vantaggio di avere delle linee esclusivamente dedicate alle chiamate di emergenza.

Rispetto al 2015 le postazioni della Centrale Operativa cosiddette di *triage* (ovvero quelle deputate al colloquio col cittadino ma anche alla gestione di richieste provenienti da altre Centrali, es. Forze dell'Ordine) hanno ricevuto 170.409 chiamate in meno (669.247 nel 2015 versus 498.838) pari a circa il 25% in meno, nonostante un aumento delle richieste di soccorso del 7.6%.

Complessivamente attraverso la centrale telefonica sono transitate 1.840.062 chiamate nel 2016 contro 1.950.528 chiamate del 2015, includendo quelle di servizio e quelle interne all'ARES, con una riduzione di 110.466 chiamate, pari a circa il 5.6%.

- LA NUOVA PIATTAFORMA TECNOLOGICA ARES 118

Nell'anno 2016, in esito all'aggiudicazione della specifica gara regionale avente ad oggetto l'intera infrastruttura tecnologica dell'ARES 118, si è fornito un significativo impegno quale contributo per la progettazione esecutiva del nuovo sistema, riguardante sia la sezione telefonia che la sezione dati, a partire dall'aggiornamento dell'applicativo gestionale per l'attività di soccorso in emergenza-urgenza attualmente in uso.

Considerato che il nuovo sistema modifica radicalmente il modello strutturale ad oggi attivo -basato sull'autonomia delle diverse Centrali, sia per quel che riguarda la telefonia che i server dati- e, solo per citare gli aspetti più rilevanti:

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

è evidente il lavoro svolto, in collaborazione con la regione Lazio ed il fornitore, quale contributo dell'Azienda affinché un prodotto, di così significativa rilevanza, possa essere coerente con le necessità operative/informative di ARES.

Solo a titolo di esempio, il nuovo sistema prevede l'utilizzo di una banca dati cartografica commerciale ma l'esperienza con il NUE 112 ha, proprio recentemente, dimostrato i limiti e le criticità dei prodotti commerciali rispetto alla necessità di individuazione di un sito di intervento da parte di ARES che, nel tempo, d'altra parte, ha costruito, sulla cartografia ad oggi in uso, un sistema articolato di elementi informativi di riferimento, funzionali alle proprie esigenze (chilometriche, denominazioni specifiche, etc). L'analisi approfondita della tematica cartografica ha condotto alla possibilità di integrare la banca dati commerciale con gli elementi cartografici individuati da ARES e da ARES utilizzati per la propria attività, realizzando quindi un prodotto più completo di quello previsto nel capitolato di gara e più confacente al bisogno aziendale.

Il contributo relativo alla analisi del lavoro ad oggi svolto, alla fornitura dei dati di alimentazione del nuovo sistema, alle simulazioni rispetto ai nuovi strumenti introdotti, ha richiesto un significativo impegno di tempo e risorse umane, di diverso profilo, per il complesso delle attività aziendali.

- RISK MANAGEMENT

Sulla base delle Linee Guida regionali si è proceduto alla redazione, adozione ed attuazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016, con relativa rendicontazione a cui si rimanda per il dettaglio.

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

Nel corso dell'anno 2016 si sono verificati, a livello aziendale n. 40 eventi sentinella, che sono stati inseriti nel flusso SIMES nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa, nazionale e regionale. Si precisa che il numero di eventi sentinella rilevato è comprensivo dei dati relativi all'attività prestata dagli Enti Terzi in convenzione con ARES 118, nonché delle aggressioni 'non verbali' nei confronti degli operatori (con esclusione delle aggressioni verbali), secondo le indicazioni fornite dal Tavolo Permanente di Risk Management regionale.

Nel corso del 2016 è continuata l'attività del Comitato di Rischio Aziendale, formato dai rappresentanti delle Unità Operative che istituzionalmente sono deputate alla valutazione ed alla riduzione degli eventi di rischio, con il compito di pianificare le attività finalizzate a promuovere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e la riduzione del rischio clinico, ed è stata formalizzata la Costituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (delibera aziendale n. 341 del 25 novembre 2014), con successiva predisposizione di specifico regolamento (in linea con quanto previsto dalle "Linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria - composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri" emanate con Determina regionale n. G09535 del 2 luglio 2014).

ARES 118, nel corso del 2016, ha, inoltre, partecipato attivamente ai due gruppi di lavoro stabiliti dalla regione Lazio, con specifica determina, relativi al 'consenso informato/cartella clinica' ed alla 'Comunicazione dell'evento avverso: implementazione delle linee guida ministeriali', con produzione di specifica documentazione al vaglio degli uffici regionali competenti.

Sono inoltre stati attivati specifici corsi di Formazione per i quali si rimanda alla specifica sezione Formazione.

- PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LAVORATORI

E' stato approvato, con delibera n.067 del 26 febbraio 2016, il "regolamento delle responsabilità, autorità e ruoli in materia di salute e sicurezza sul lavoro dell'ARES 118" in riferimento al quale sono state formalizzate le deleghe con le specifiche dei compiti per ciascuna figura individuata.

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

L'attività di sorveglianza sanitaria del personale viene monitorata con particolare cura anche allo scopo di fornire supporto ai dirigenti delegati sia per gli aspetti di calendarizzazione sia per la giusta collaborazione nella corretta identificazione delle attività controindicate o nell'individuazione della più idonea ricollocazione lavorativa. In tale ambito si è prestata particolare attenzione agli accessi spontanei dei lavoratori alle visite di idoneità lavorativa. Tale

monitoraggio potrà risultare utile sia per la quantificazione del fenomeno, sia per l'analisi delle motivazioni, laddove si possa identificare nel fenomeno stesso una espressione di disagio psico-fisico del soggetto.

Ogni dipendente, in ogni caso, viene utilizzato secondo le mansioni proprie del ruolo di appartenenza, tenendo conto del profilo di idoneità. Il personale non idoneo viene utilizzato in attività compatibili con la inidoneità specifica (es. solo turni diurni, attività con carichi di lavoro ridotti) o riallocato in uffici, mansioni ed attività nell'ambito dei quali, nelle more della verifica da parte del Servizio Medico Competente, possa essere ricondotto a proficuo lavoro, secondo quanto previsto dai vigenti CCCCNNLL. In particolare, frequentemente: gli infermieri definitivamente o temporaneamente inidonei all'attività di soccorso sono di supporto alla Sala Operativa, spesso impegnati in attività di consolle, o coadiuvano il coordinatore infermieristico, per l'attività delle Macroaree, in mansioni tipiche della figura professionale di appartenenza; gli infermieri idonei con limitazione sono spesso assegnati alle auto mediche.

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

Nel periodo considerato, si è provveduto alla riallocazione del personale in base alle esigenze operative, organizzative e di riconduzione a proficuo lavoro del personale con parziali inidoneità. Le riallocazioni e le mobilità sono state in numero di 59.

- FORMAZIONE

Sulla base del Piano Formativo Aziendale 2014-2016 e della specifica pianificazione per l'anno 2016, è proseguita l'attività di formazione degli operatori, rivolgendo particolare attenzione a:

- Sicurezza dei pazienti:

- Risk management base: sono state svolte 6 edizioni con la formazione di circa 145 operatori;
- Advanced Life Support esecutore: sono state effettuate n. 10 edizioni con la formazione di circa 102 operatori;
- Basic Life Support & Defibrillation Esecutore: sono state effettuate 12 edizioni con la formazione di 138 operatori;
- Protocolli attacco acuto asma ed anafilassi grave: sono state effettuate n. 17 edizioni con la formazione di circa 148 operatori;
- Pediatric Basic Life Support & Defibrillation Esecutore: sono state effettuate 14 edizioni con la formazione di 163 operatori;
- Corso sull'infusione intraossea: sono state effettuate n. 12 edizioni con la formazione di circa 70 operatori;
- Corso sulla gestione dell'emergenza ostetrica: sono state effettuate 8 edizioni con la formazione di 127 operatori;
- Gestione del traumatizzato nel territorio: sono state effettuate 10 edizioni con la formazione di 102 operatori;
- La Gestione di livello avanzato del Traumatizzato sul territorio: è stata effettuata n. 1 edizione con la formazione di circa 14 operatori;

- Sicurezza sul luogo di Lavoro:

- Corsi per la prevenzione delle aggressioni: sono state svolte 8 edizioni; con la formazione di 77 operatori
- Corsi di avvicinamento in sicurezza all'eliambulanza: sono state effettuate 8 edizioni, con la formazione di 89 operatori;
- Corsi per la prevenzione del rischio da movimentazione dei carichi: sono state effettuate 9 edizioni, con la formazione di 92 operatori;

- Area relazionale: con la collaborazione dell'UOS Psicologia del Lavoro è stato realizzato un corso di formazione in 2 edizioni, finalizzato alla gestione psicologica degli eventi critici, formando 19 operatori.

- ACCREDITAMENTO E CONTROLLO

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

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

Nel 2016, come attività di vigilanza:

- sono stati conclusi n. 9 procedimenti programmati di vigilanza in situ, ed i relativi report sono stati trasmessi alla Regione Lazio
- sono stati conclusi i procedimenti di verifica relativi a n. 32 diffide della Regione Lazio ed i relativi report sono stati trasmessi alla stessa.

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

Relativamente a tale tema, è stata aggiornata la delibera aziendale relativa all'attività del Gruppo di Controllo Enti terzi - costituito da autisti e infermieri e operativo nell'ambito di verifiche, sul campo, di mezzi ed equipaggi - al fine di stabilizzarne l'attività con personale appositamente incaricato, a rotazione, e specificatamente formato.

L'attività di controllo da parte di tale Gruppo aziendale ha riguardato, nel 2016, n. 206 mezzi di soccorso, 172

ambulanze e 34 automediche, su tutto il territorio regionale con verifiche su mezzi ed equipaggi di enti terzi, convenzionati, contrattualizzati o attivati a chiamata nel caso di necessità estemporanee.

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

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

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

Nell'ambito della qualificazione dell'attività di soccorso, si è anche operato, a supporto degli Uffici regionali competenti, per l'aggiornamento della normativa della Regione Lazio in materia di autorizzazione e accreditamento (la legge sull'autorizzazione risale al 1989 e per diversi elementi è dissonante rispetto alla normativa nazionale e a provvedimenti regionali di successiva emanazione), predisponendo proposte relative alla riclassificazione dei mezzi e alle procedure di autorizzazione ed accreditamento.

Relativamente al rapporto con gli Enti terzi, con riferimento all'attività di soccorso, nel 2016 si è data attuazione a quanto previsto nel bando permanente di cui alla delibera n. 52/2014 -relativo all'individuazione delle Associazioni e degli Enti commerciali a supporto/integrazione delle attività dell'ARES 118- con la prosecuzione dell'attività della specifica Commissione e la pubblicazione, attraverso specifiche delibere (n. 3), degli aggiornamenti dell'Albo Fornitori aziendale, con l'indicazione dei mezzi di soccorso e delle ulteriori risorse a supporto dell'attività in corso di eventi e maxi emergenze. L'attività della Commissione, nel corso del 2016, è stata razionalizzata, con la distinzione delle fasi dell'istruttoria delle domande e della valutazione, permettendo una tempistica più rapida degli aggiornamenti dell'Albo.

- GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO

Nel corso del 2016, è stato profuso un significativo impegno relativamente alla gestione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, con particolare riferimento all'implementazione del modello organizzativo aziendale e all'utilizzo degli strumenti operativi - adottati al 31 dicembre 2015 - funzionali al rispetto degli adempimenti per il Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (Sistri). La peculiarità dell'Ares 118, azienda regionale, con postazioni di soccorso localizzate su tutto il territorio del Lazio, per la maggior parte non informatizzate/in rete, rende particolarmente complessa ed impegnativa l'attività di comunicazione dei dati richiesti dal Sistri, tra le postazioni e i delegati di Unità Locale, ai fini del caricamento degli stessi sul portale ministeriale, e della registrazione cartacea sul registro di carico e scarico nelle postazioni. Tutto questo nell'ambito di un Sistema particolarmente rigido, rispetto a tempistica e modalità, almeno nella fase attuale di coesistenza delle modalità cartacea ed informatizzata di registrazione dati. Nell'anno 2016, la Direzione Medica Organizzativa, con la collaborazione del Referente aziendale e dei delegati Sistri, ha monitorato e supportato l'implementazione di quanto previsto nella procedura aziendale, a livello di tutte le Unità Locali, e proceduto, anche nell'ambito di specifici incontri, organizzati con il Servizio Infermieristico, con i responsabili di Posizione Organizzativa e con i Coordinatori/Referenti di postazione, alla revisione del modello organizzativo e delle

istruzioni operative applicate nel 2016, nell'ottica di risolvere le criticità emerse e poter adottare, a livello aziendale, nel corso del 2017, una procedura valida ai fini di una piena rispondenza agli adempimenti Sistri, funzionale e corredata da strumenti operativi a supporto.

- ALTRO

Per quanto riguarda *Pattività di soccorso*, si è proceduto, anche nel 2016, alla verifica, a livello di singola Centrale Operativa, delle afferenze dei mezzi, rispetto ad un'equa distribuzione degli accessi nei diversi Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere ed al rispetto dei criteri clinici e geografici relativi alla struttura di destinazione del trasporto.

Si è, inoltre, messa a punto una specifica reportistica finalizzata all'approfondimento di alcuni ambiti specifici quali quello dell'attività a spot - relativo alla chiamata estemporanea di mezzi di enti terzi, in caso di blocco del mezzo a gestione diretta ARES nei pronto Soccorso o in caso di mancanza di personale - e quello dei tempi allarme-target.

La prima tipologia di reportistica è inviata dal 2016, giornalmente, ai Direttori di Centrale Operativa mentre la seconda tipologia è stata predisposta nel 2016, con trasmissione, sempre ai medesimi destinatari, dai primi mesi del 2017. Entrambe le tipologie di reportistica costituiscono strumento prezioso ai fini della conoscenza dell'attività e del suo miglioramento.

Nel corso dell'anno 2016 sono state acquisiti 86 *nuovi mezzi di soccorso su gomma*. La consegna presso ARES è avvenuta in due fasi successive. Prima della consegna alle postazioni su tutte le vetture sono stati effettuati i controlli relativi al collaudo del mezzo. Al fine di rendere i nuovi mezzi pienamente operativi sono state fornite le indicazioni circa le modifiche necessarie per il posizionamento delle apparecchiature elettromedicali, la sostituzione degli apparati radio, il posizionamento dei contenitori di rifiuti speciali, nonché la rivisitazione della livrea con l'apposizione del codice numerico del mezzo.

Per l'individuazione dei mezzi da sostituire sono stati adottati specifici criteri, quali: la data di immatricolazione, il totale dei km percorsi, gli elevati costi delle riparazioni correlate a danni meccanici, l'usura della carrozzeria e/o danni conseguenti ad incidenti. I Direttori dei SUES, sulla base dei criteri indicati, ciascuno per il territorio di competenza, hanno individuato e comunicato targa e postazione dei mezzi da sostituire. Poiché i nuovi mezzi sono dotati di barelle con meccanica diversa rispetto alle dotazioni delle vecchie vetture, sono stati predisposti e svolti corsi di formazione per il corretto utilizzo del nuovo ausilio. La consegna alle postazioni è terminata nei primi giorni di gennaio 2017.

Nel corso dell'anno 2016 sono state, inoltre, acquisite ed introdotte *nuove apparecchiature elettromedicali*, fra cui: aspiratori, defibrillatori, ventilatori, cardio-monitor, eco-fast, capnometri, ecc. per le quali si è proceduto ai controlli di collaudo ed all'effettuazione di specifici corsi di formazione.

È in via di completamento l'attività di ricognizione e di organizzazione relativa all'ampliamento delle attività della *Centrale di Ascolto della Continuità Assistenziale* ai territori delle ASL Roma 4 (ex Roma F) e Roma 6 (ex Roma H) con particolare riferimento all'assorbimento delle sub-centrali di Civitavecchia e Bracciano per la prima e Genzano per la seconda.

Nel corso del 2016 a tutti i livelli si è proseguita l'opera di *standardizzazione delle modalità operative* avvalendosi di un sistema ormai consolidato di definizione ed implementazione di procedure e protocolli.

- **LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ**

Nell'anno 2016, l'Azienda ha operato in ottemperanza alle indicazioni regionali e in coerenza con il Piano Strategico Aziendale per il triennio 2014 - 2016.

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

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

La rimodulazione degli assetti delle postazioni e dei mezzi di soccorso sulla base della riorganizzazione dell'offerta territoriale della Regione, l'implementazione di modelli organizzativi funzionali ad una sempre maggior efficacia del modello delle reti di assistenza per l'alta specialità, la corrente attività di standardizzazione delle modalità operative, sia per quel che riguarda il campo clinico-assistenziale che quello organizzativo-gestionale, insieme ad un impegno significativo nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori rappresentano l'ambito principale del miglioramento continuo, sul versante sanitario. Con questo si integrano gli ambiti del miglioramento dell'area della sicurezza, con un lavoro di identificazione, prevenzione e controllo dei rischi per gli operatori e quello del perseguimento di una maggior efficienza gestionale.

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

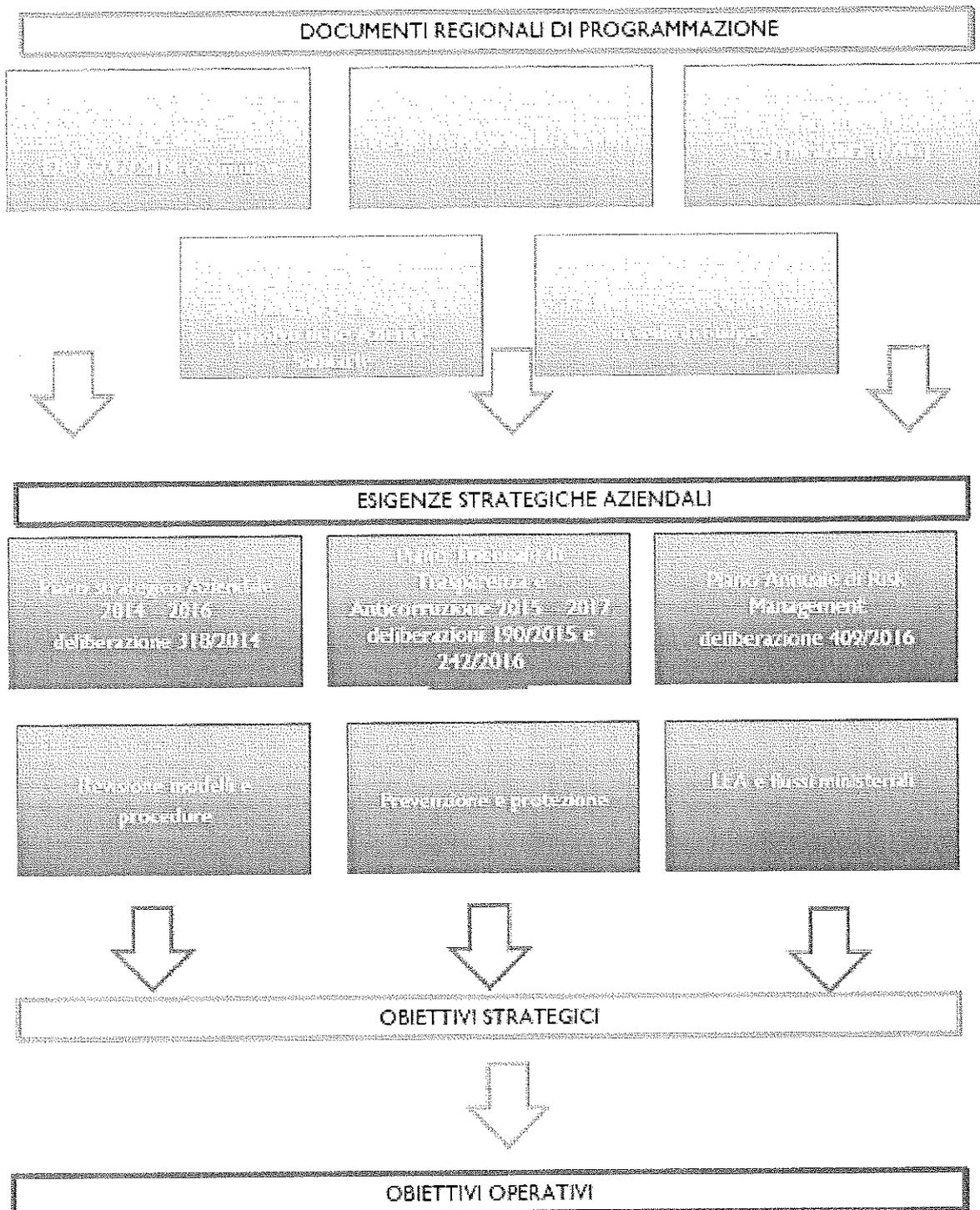
Gli obiettivi dell'azione dell'Azienda pertanto, costituiscono la sintesi operativa di quanto previsto con i seguenti atti:

- DCA 25 luglio 2014, n. 247 (nuova edizione dei Programmi Operativi Regionali 2013 - 2015),
- deliberazione aziendale n. 318 del 14 novembre 2014 (approvazione del Piano Strategico Aziendale 2014 – 2016);
- deliberazione aziendale n. 319 del 14 novembre 2014 (approvazione dell'Atto di Autonomia Aziendale).
- Piano Triennale di Trasparenza e Anticorruzione 2016 - 2018, adottato con deliberazione 25 maggio 2016, n. 242;
- Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2016 (Deliberazione 14 settembre 2016, n. 409);
- Regolamento aziendale per la liquidazione del fatturato passivo (deliberazione 12 luglio 2016 n. 124);
- Progetto Regionale Telemed, che prevede la trasmissione dei tracciati elettrocardiografici dei pazienti con sindrome coronarica acuta ad un centro unico di teleconsulto cardiologico Regionale (CTR);
- Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC)

- Azzeramento del fatturato passivo scaduto tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre 2016 - entro il 31 dicembre 2016 - e di tutto il passivo (anche pregresso al 2016), entro il 31 marzo 2017.

## OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

- ALBERO DELLA PERFORMANCE



## • **MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE**

L'ARES 118, 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.

## • **OBIETTIVI DEI PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI**

Con DCA n. 247 del 25 luglio 2014, avente ad oggetto "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 118. 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 appartenenza 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. La rete viene completata con MSB (ambulanza con soccorritori adeguatamente formati) il cui numero corrisponderà agli standard dell'emanando regolamento ministeriale;
- estensione h24, in aggiunta a quella h24 di Roma, delle basi dell'elisoccorso di Latina e di Viterbo;
- implementazione dell'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 (Telemed).

## • **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**

1. riduzione del numero di centrali operative
2. riorganizzazione e rimodulazione della gestione dell'emergenza territoriale extra – ospedaliera
3. implementazione su base regionale di un sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico ai centri ospedalieri dotati di emodinamica;
4. partecipazione attiva all'avvio del NUE 112, come previsto dalle direttive comunitarie in materia, adottando il modello del call center laico;
5. 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;
6. centralizzazione e coordinamento dei trasporti secondari non legati al primo intervento;
7. centralizzazione e coordinamento delle attività di trasporto connesse all'attività trapiantologica;
8. potenziamento della gestione dei grandi eventi;
9. potenziamento dell'attività inerente la formazione;
10. potenziamento delle attività connesse al Risk Management.

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

- attivazione dei nuovi sistemi informativi previsti dalla gara regionale;
- implementazione del sistema informativo aziendale;
- potenziamento del sistema GIPSE online e sistema di supporto al monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso ed integrazione dei sistemi GIPSE – ARES
- 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**

- 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;
- unificazione delle strutture deputate alla gestione giuridica ed economica del personale;
- creazione di una struttura di coordinamento a livello centrale delle funzioni amministrative di supporto alle centrali operative.

• **GLI OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' – DDCCAA 292 DEL 2 LUGLIO 2013, 59 DEL 12 FEBBRAIO 2015, 311 DELL'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

• **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 al rischio di 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 specifico 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.

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

• **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:

	AREE TEMATICHE
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	CONTENIMENTO SPESA
	DEMATERIALIZZAZIONE PROCESSI
	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'
	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
	REALIZZAZIONE PIANO STRATEGICO

	AREE TEMATICHE
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<sup>a</sup> 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.

**• 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 (v. tabella che segue) 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 2017.

STRUTTURE DESTINATARIE DI OBIETTIVI
UOC SUES ELISOCORSO
UOC SUES FROSINONE E PROVINCIA
UOC SUES LATINA E PROVINCIA
UOC SUES RIETI E VITERBO

<b>STRUTTURE DESTINATARIE DI OBIETTIVI</b>
<b>UOC SUES ROMA - CITTÀ METROPOLITANA</b>
<b>UOC MAXIEMERGENZE</b>
<b>UOC DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA</b>
<b>UOC CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>
<b>UOS RISK MANAGEMENT</b>
<b>UOS QUALITÀ DEI PROCESSI</b>
<b>UOS FORMAZIONE</b>
<b>UOC ACOVIES</b>
<b>UOS MEDICO COMPETENTE</b>
<b>UOC SPP</b>
<b>UOS PSICOLOGIA DEL LAVORO</b>
<b>SERVIZIO PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>
<b>U.O.C. AFFARI GENERALI - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOD AFFARI GENERALI</b>
<b>U.O.C. TECNICA - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOC PATRIMONIO E GESTIONE RISORSE IMMOBILIARI E TECNOLOGICHE</b>
<b>U.O.C. PROVVEDITORATO, ABS, ATTREZZATURE ED ECONOMATO - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOC ACQUISIZIONE E GESTIONE BENI E SERVIZI</b>
<b>U.O.C. AMMINISTRAZIONE E FINANZE - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOC CONTABILITÀ E BILANCIO</b>
<b>U.O.C. TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE FINO AL 31 OTTOBRE 2016 - DAL 1^ NOVEMBRE ACCORPATO IN UOC GESTIONE RISORSE UMANE</b>
<b>U.O.C. STATO GIURIDICO FINO AL 31 OTTOBRE 2016 - DAL 1 NOVEMBRE ACCORPATO IN UOC GESTIONE RISORSE UMANE</b>
<b>U.O.C. INFORMATICA - DAL 1 NOVEMBRE 2016 UOC INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY</b>
<b>UOC COORDINAMENTO E SUPPORTO SUES</b>
<b>U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE - DAL 1^ NOVEMBRE 2016 UOD CONTROLLO DI GESTIONE</b>
<b>RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE</b>

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^ 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<sup>a</sup> giugno ma operativa a partire dal 1<sup>a</sup> 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.

Per la descrizione dei risultati ottenuti, si rimanda:

all'allegato 1 "Tabella degli obiettivi Strategici"- che riporta le aree tematiche e gli obiettivi strategici, il risultato atteso, l'indicatore, il peso strategico e la percentuale di completamento degli stessi;

- all'allegato 2 "Stato adempimenti al 31 dicembre 2016", che riporta la sintesi dei risultati distinti per singola struttura;

- all'allegato 3 "Tabella degli obiettivi operativi" (3A sanitari e 3B amministrativi) che, su schede singole per struttura, riporta gli obiettivi affidati, il peso di ognuno, l'indicatore, il valore atteso, il valore ottenuto ed il punteggio risultante, distintamente per dirigenza e comparto.

## • RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

Il confronto tra costi sostenuti e contabilizzati a preconsuntivo 2016 e gli obiettivi economici definiti con la previsione di bilancio 2016, restituisce i seguenti valori:

	voce	budget 2016	preconsuntivo 2016	delta	%
B1	PERSONALE (INCLUDE CO CO CO)	102.707.999,99	97.956.734,83	-4.751.265,16	-4,63%
B2	PRODOTTO FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	589.801,04	139.902,56	-449.898,48	-76,28%
B3	ACQUISTO DI BENI E SERVIZI SANITARI E NON SANITARI	13.835.999,64	14.981.087,99	1.145.088,35	8,28%
<b>B</b>	<b>TOTALE COSTI INTERNI</b>	<b>119.601.850,75</b>	<b>118.978.910,61</b>	<b>-622.940,14</b>	<b>-0,52%</b>
C1	MEDICINA DI BASE	3.141.333,00	2.957.448,55	-183.884,45	-5,85%
C3.4	ALTRE PRESTAZIONI	69.257.169,44	60.677.680,84	-8.579.488,60	-12,39%
<b>C</b>	<b>TOTALE COSTI ESTERNI</b>	<b>72.398.502,44</b>	<b>63.635.129,39</b>	<b>-8.763.373,05</b>	<b>-12,10%</b>

## **IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PRESTAZIONE E SUI RISULTATI**

La redazione della presente relazione ha preso le mosse dal Piano Strategico aziendale 2014 – 2016 e dal Piano delle Prestazioni e dei Risultati per il triennio 2015 – 2017, nel suo aggiornamento relativo all'anno 2016.

Gli obiettivi operativi tengono pertanto conto del quadro generale come sopra delineato.

Tali obiettivi sono stati formalizzati alle strutture destinatarie e la loro realizzazione costituisce obiettivo strategico per la Direzione Amministrativa e per la Direzione Sanitaria, competenti ratione materiae.

L'Azienda ha realizzato un controllo concomitante, per il tramite della UOD Controllo di Gestione e della UOC Direzione Medica Organizzativa, nel corso della gestione, volto a verificare l'andamento della realizzazione degli obiettivi.

Nel mese di novembre 2016 per quanto attiene la scadenza intermedia e nei primi mesi dell'anno 2017, si è proceduto, a cura delle due UOC sopra riportate, congiuntamente ed ognuna per la parte di propria competenza, alla rendicontazione di sintesi delle attività svolte, sulla scorta:

- delle relazioni elaborate dai destinatari degli obiettivi;
- della documentazione dagli stessi eventualmente prodotta;
- delle attestazioni rese al medesimo fine da parte delle strutture diverse dai destinatari degli obiettivi – Direzione Medica Organizzativa, Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, UO Formazione, Responsabile PAC, Servizio Infermieristico Aziendale, Responsabile Unico Liquidazione fatture (RUL).

Gli esiti della verifica intermedia sono stati sottoposti all'Organismi Indipendente di Valutazione per l'esame, nel corso della seduta del 18 novembre 2016.

Al termine del periodo di osservazione (anno 2016), per ciascuna struttura è stato poi redatto uno schema sintetico recante i rispettivi obiettivi, che fornisce per ognuno indicatori, peso e risultato ottenuto, con i seguenti accorgimenti:

- gli obiettivi del Piano Triennale della Trasparenza e dell'Anticorruzione, per le strutture amministrative destinatarie, sono stati costruiti come obiettivi preliminari, la cui percentuale di raggiungimento costituisce il moltiplicatore da applicare alla performance di UO (ossia del risultato conseguito nel perseguimento degli altri obiettivi operativi), con conseguente proporzionale abbattimento dello stesso in caso di parziale raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- ove per alcuni obiettivi sia stata accertata l'irrealizzabilità per cause indipendenti dalla responsabilità della struttura, il peso relativo è stato espunto dal calcolo del denominatore ed il punteggio conseguito è stato ricalcolato alla luce della percentuale pesata di raggiungimento;
- la mancata presentazione di relazione di attività ha determinato l'abbattimento del 10 % sul risultato complessivo raggiunto (per i soli obiettivi della dirigenza), ai sensi di quanto previsto sin dall'anno 2015 (cfr deliberazione 458/2015).

Terminata questa attività "tecnica", i singoli schemi sono stati sottoposti alla Direzione Strategica Aziendale, nel rispetto delle specifiche competenze gerarchico-funzionali, per la convalida dell'attività di sintesi svolta e per consentire la valutazione del raggiungimento di alcuni obiettivi non oggettivamente consuntivabili o la cui valutazione esorbitava la competenza delle strutture responsabili dell'istruttoria, per discrezionalità ed attinenza a più generali elementi di strategia aziendale.

In particolare, laddove la realizzazione dell'obiettivo sia stata incompleta o tardiva (ed in presenza di un risultato atteso privo di range), la Direzione Strategica ha ritenuto di valutare, comunque, positivamente le azioni compiute ed il rispettivo risultato, applicando un abbattimento variabile in ragione dello sforzo profuso e delle condizioni di svolgimento dell'attività necessaria al risultato atteso.

Sulla base di tale attività sui singoli obiettivi, è stato poi possibile procedere alla redazione della presente relazione, elaborata altresì sulla base di elementi desunti dall'attività aziendale e dalle risultanze del Preconsuntivo 2016.



AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA	PESO NUOVO	PESO PER AREA TEMATICA	risultato al 31 dicembre 2016	PESO
		ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI SOSPENSIONE DI CARTELLATI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI	1,4		1,4		1,4	1,4
		ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI SOSPENSIONE IN CORSO DI ESECUZIONE GARETTA A FAVORIRE ACCORRI TRAI IMPRESA Emissione dei	1,4		1,4		1,4	1,4
		LAVORI SOSPESI DI CAPITALI FINALIZZATI A FAVORIRE PARTICOLARI SOGGETTI	1,4		1,4		1,4	1,4
		ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO NELLA LIQUIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLE PARTIRE DELLE CHIAMATE A SFORI	1,4		1,4		1,4	1,4
		DISCIPLINARE ORGANIZZATIVO E PROCEDURALE SU WHISTLEBLOWER	1,4		1,4		1,4	1,4
		INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA	1,4		1,4		1,4	1,4
		NELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE, ADOZIONE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ATTRIBUZIONE INQUADRAMENTO GIURIDICO PIU' FAVOREVOLE AI FINI ECONOMICI	1,4		1,4		1,4	1,4
		NELLE PROCEDURE DI CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO MAGGIORTE UTILIZZO DI GRADUATORIE, ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAVORIRE CANDIDATI DIVERSI DAL LEGITTIMO INTERESSATO	1,4		1,4		1,4	1,4
		RISPETTO DEL FATTO DI INTERFERA' ADOPTATO CON DUREZZA N. 592 DEL 21 SETTEMBRE 2015	1,4		1,4		1,4	1,4
		5	REALIZZAZIONE PIANO STRATEGICO	MANUTENZIONE OBIETTIVI AZIENDALI	5	5	5	5
<b>TOTALE</b>			<b>100</b>	<b>87</b>	<b>94,57</b>	<b>82,28</b>		



AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PSO	PSO PER AREA TEMATICA	PSO PER AREA TEMATICA	PSO PER AREA TEMATICA	risultato al 31 dicembre 2015	punteggio	Punteggio per area tematica
5	GIUBILEO	IRRIGORAZIONE ATTIVITA' DEI SERVIZI GIUBILARI IN SECONDO MESE	1,21	2,5	1,21	2,5	11	1,21	2,5
		RECUPERO ATTIVITA' DEI SERVIZI GIUBILARI PER SECONDO MESE	1,21		1,21				
6	LEA	LEA: CONTINUITA' INFERNO ALTAIUMI - TARGET PER MESE DI DICEMBRE	1	5	1	5	media di 20 persone in più rispetto al 2015	0	0
		ATTIVAZIONE OBIETTIVI PRIMA	2		2				
7	PARMA	ATTIVAZIONE OBIETTIVI PRIMA	2	10	2	10	11	2	10
		ATTIVAZIONE OBIETTIVI PRIMA	1,5		1,5		1,5		
		ATTIVAZIONE OBIETTIVI PRIMA	1,5		1,5		1,5		
		ATTIVAZIONE OBIETTIVI PRIMA	1,5		1,5		1,5		
		ATTIVAZIONE OBIETTIVI PRIMA	1,5		1,5		1,5		
8	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA'	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO 1) Seguire adeguatamente sempre e regolarmente i corsi di aggiornamento, iniziative e percorsi del servizio di continuità.	1,5	7,5	1,5	7,5	11	1,5	7,5
		PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO 2) Seguire adeguatamente sempre e regolarmente i corsi di aggiornamento, iniziative e percorsi del servizio di continuità.	1,5		1,5		1,5		

AREA TEMATICA	OBIETTIVO	INDICATORE	PISO	PISO PER AREA TEMATICA	PISO PER AREA TEMATICA	dati fino al 31 dicembre 2015	punteggio	Punteggio per area tematica
9	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  MANO DI PREVENZIONE SULLA CORRUZIONE PULIZIONE 24 DEL 23 MARZO 2010	MILIONE SANGUINALE CON IMPIOMBAGGIO ELETTRIFICAZIONE DELLE VISUALI ACQUISTE IN OTTORE A VALUTAZIONE PROLOGICA SU SOCIETA' A RISCHIO	1	1	1	0	1	10
		ASPOSIZIONE MURALE PRESENTI DAL MANO	1	1	1	0	1	
		CONTROLLO DELLA QUALITA' DELLE SCHEDE DI SECCOIO DEGLI ANTICRISTINI CON CAMBIAMENTO CADUTE	2	2	2	0	2	
		PREDEFINIZIONE PROCEDURA CHE DETERMINA I CRITERI DI ASSICURAZIONE DEI TERMI AL PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO	1	1	1	0	1	
		PROCESSO SOCIETA' A RISCHIO: CONTROLLO DEL PROCESSO DEI RENDIMENTI DEGLI ENTI TERZI	1	1	1	0	1	
		PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: FORMAZIONE E GESTIONE ALTRI CONTATTI	1	1	1	0	1	
		PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: VISUALI EXL 4/189	1	1	1	0	1	
		REPORT DI REGOLAMENTO AZIENDALE PER LE VISUALI INTERFACCE ESISTE NECESSITA' DELL'ORGANIZZAZIONE	1	1	1	0	1	
		VERIFICA ESISTENZE SERVIZI PUBBLICITARI ASSICURAZIONE REPORT TEMATICI	1	1	1	0	1	
		VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCORDAMENTO DEI CENTRI DI FORMAZIONE REGIONALE	1	1	1	0	1	
		NA. SPARTICANTI/ NA. TERMI ALLA FORMAZIONE *	2	2	2	0	2	
10	PREVENZIONE E PROTEZIONE  OBIETTIVI DEL MANO REGIONALE DI PREVENZIONE	AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI ALLA LUCE DEL NUOVO SCHEMA MINISTRIALE	2	2	2	0	2	8
		AGGIORNAMENTO DELLE VISUALI DIRETTE ALLA PRODUZIONE ED ALLA RILEVAZIONE DEL UNIFORME ORGANIZZATIVO DEI DIPENDENTI - INDICANTI 2016	2	2	2	0	2	
		INIZIATIVE DI ASSICURAZIONE DEL PERSONALE CON PRESSIONI O LIMITAZIONI	2	2	2	0	2	
		CONFERENZE INFORMATIVE, NEL PERCORSO DI CENNALE ORGANIZATIVA DEI CASI OBBLIGATI PER IL FLUSSO DURATA	3	3	3	0	3	
		INVALENTE CON FOC FERRATO PERICOLO PER GLI STATI MAGGIORI VERO NON DELINTE	1	1	1	0	1	
11	EVALUAZIONE FANCO STRATEGICO	AGGIORNAMENTO COLLETTI ALLE MISURE DEL FLUSSO ENAIA	3	3	3	0	3	17
		AGGIORNAMENTO COMITATO ALI INVESTIMENTI DEL PROGETTO DI TALI TRASMISSIONI DEL TRACCIATO ALLE ESPORZIONI	3	3	3	0	3	
		APPLICAZIONE DEL SISTEMA DELLA CRISTALLO E SODIO ALLA CONTINUA ADATTABILITA' AL	3	3	3	0	3	
		APPLICAZIONE DEL SISTEMA DELLA CRISTALLO E SODIO ALLA CONTINUA ADATTABILITA' AL	3	3	3	0	3	
		ATTIVAZIONE DEL SISTEMA DELLA CRISTALLO E SODIO ALLA CONTINUA ADATTABILITA' AL	3	3	3	0	3	

AREA TEMATICA	OBBIETTIVO	INDICATORE	PESO	PESO PER AREA TEMATICA	PESO PER AREA TEMATICA	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO PER AREA TEMATICA
12 REVISIONE MODELLI E PROCEDURE	ADOZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI MONITORAGGIO PER LA ATTIVITA' DI RISPONDERO	VALUTAZIONE VERBALE DEL DIRIGENTE RESPONSABILE PER IL 10 DEL LAVORO SUCCESSIVO	0,2	12	11	0,2	11
	ACCORDAMENTO DEL RAGGIORAMENTO RISPONTO PER LA CONTINUA AZIENDALITA'	PROBABILITA' DI UN NUOVO METODO RISPONTO	0,1			0,1	
	ATTIVAZIONE EUCONTRATTO SOCIO SANITARIO	APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA ATTIVAZIONE DELL'ATTIVITA' SANITARIA NEI SOCIETARI PRIMA	0,2			0,2	
	ATTIVAZIONE EUCONTRATTO SOCIO SANITARIO	APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA ATTIVAZIONE DELL'ATTIVITA' SANITARIA NEI SOCIETARI SECONDA	0,2			0,2	
	ATTIVAZIONE EUCONTRATTO SOCIO SANITARIO	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO OPERANTI NEI SANITARI	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	DE RINNOVO DEI NECESSI DI TERZO CON RISPONDEBILI DI AREA	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE SULL'ATTIVITA' DEL CAMPO DI CONTROLLO DEI NECESSI DI TERZO	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	INDICAZIONE PROCEDURA TRAPIANTO FIDUCIARIE DEL COLLETTIVO MEDICO	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	N. RICEVUTE INVECE IN 2014 / RICEVUTE INVECE IN 2015	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	RISPONTO DELLE STRUTTURE OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RISPONDI SPECIALI	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	MISURA RICEVUTE DEL SISTEMA DI CONTROLLO DI QUALITA' DELLE SPEDITE RELATIVE ALL'ATTIVITA' SANITARIA DELLA CENTRALE DI ACQUA	0,2			0,2	
	CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	VALUTAZIONE INCORPORATA IN STRUMENTI CONTROLLI	0,1			0,1	
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	ADOZIONE PROCEDURA INFORMATICA PER LE STRUTTURE CONDOTTE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	RICEVUTE E VERIFICA DELLE QUALITA' OPERATIVE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE DELLE CENTRALI OPERATIVE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	VALUTAZIONE COMPLEZIONE SPEDITE CON LA COMPONETE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	90% SPEDITE CON LA COMPONETE DI RICEVUTE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	COLLAZIONE CON LA LUCE MANDATA PER LA RIVOLUZIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	VERIFICA TEMPERATURA INVECE IN PROCEDURA APPROVATE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	APPROVAZIONE DOCUMENTO	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	APPROVAZIONE DOCUMENTO	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	ACCORDAMENTO PROCEDURA	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	OPERAZIONE DI RIFORMAZIONE MANSUE	0,2	0,2				
CONTROLLI DEI NECESSI DI TERZO	APPROVAZIONE RELAZIONE	0,2	0,2				
<b>TOTALE</b>				100	98		
						<b>risultato pesato</b>	
						99,52	91,05

stato adempimenti al 30 settembre	adempimenti anticorruzione	performance UO - punteggio dirigenza	punteggio comparto	obiettivo integrativo	
UOC SUES ELISOCORSO	100,00%	88,89%	81,25%	NON PRESENTE	
UOC SUES FROSINONE E PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	RAGGIUNTO	
UOC SUES LATINA E PROVINCIA	100,00%	88,89%	82,35%	RAGGIUNTO	
UOC SUES RIETI E VITERBO	100,00%	100,00%	82,35%	RAGGIUNTO	
UOC SUES ROMA - CITTÀ METROPOLITANA	100,00%	88,52%	81,76%	RAGGIUNTO	
UOC MAXIEMERGENZE	100,00%	100,00%	100,00%	RAGGIUNTO	
UOC DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	NON PRESENTI	95,19%	NON PRESENTE	NON PRESENTE	
UOC CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	NON PRESENTI	100,00%	100,00%	NON PRESENTE	
UOS RISK MANAGEMENT	100,00%	100,00%	100,00%	NON PRESENTE	
UOS QUALITÀ DEI PROCESSI	100,00%	92,65%	62,50%	NON PRESENTE	
UOS FORMAZIONE	100,00%	100,00%	100,00%	NON PRESENTE	
UOC ACOVIES	100,00%	100,00%	100,00%	NON PRESENTE	
UOS MEDICO COMPETENTE	NON PRESENTI	NON PRESENTE	95,79%	NON PRESENTE	
UOC SPP	NON PRESENTI	NON PRESENTE	100,00%	NON PRESENTE	
UOS PSICOLOGIA DEL LAVORO	100,00%	100,00%	NON PRESENTE	NON PRESENTE	
SERVIZIO PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	100,00%	NON PRESENTE	100,00%	NON PRESENTE	
U.O.C. Affari Generali - dal 1° novembre 2016 UOD Affari Generali	100,00%	98,03%	98,75%	RAGGIUNTO	
U.O.C. Tecnica - dal 1° novembre 2016 UOC Patrimonio e Gestione Risorse Immobiliari e Tecnologiche	100,00%	100,00%	75,00%	RAGGIUNTO	
U.O.C. Provveditorato, ABS, Attrezzature ed Economato - dal 1° novembre 2016 UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi	83,33%	56,38%	77,00%	RAGGIUNTO	applicato moltiplicatore 83,33 % per parziale raggiungimento obiettivi ACT - da applicare solo a dirigenza abbattimento 10 % per mancata presentazione relazione (50,74 %)
U.O.C. Amministrazione e Finanze - dal 1° novembre 2016 UOC Contabilità e Bilancio	100,00%	100,00%	100,00%	RAGGIUNTO	
U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1° novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane	100,00%	93,33%	100,00%	NON PRESENTE	
U.O.C. Stato Giuridico fino al 31 ottobre 2016 - dal 1° novembre accorpato in UOC Gestione Risorse Umane	100,00%	100,00%	100,00%	NON PRESENTE	
U.O.C. informatica - dal 1° novembre 2016 UOC Information and Communication Technology	100,00%	95,97%	91,05%	RAGGIUNTO	
UOC COORDINAMENTO E SUPPORTO SUES	NON PRESENTI	95,00%		NON PRESENTE	
U.O.C. Controllo di Gestione - dal 1° novembre 2016 UOD Controllo di Gestione	NON PRESENTI	100,00%	NON PRESENTE	NON PRESENTE	
RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	NON PRESENTI	100,00%		NON PRESENTE	

U.O.C. S.U.E.S. Ellsoccorso

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	10%	ADOZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI RACCOLTA DATI PER L'ATTIVITÀ DI ELISOCCORSO	VALIDAZIONE MESELE DEL DATABASE DEDICATO ENTRO IL 10 DEL MESE SUCCESSIVO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
2	15%	ATTIVAZIONE ELICOTTERO SOCCORSI PRIMARI	REVISIONE ED APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER I SOCCORSI PRIMARI	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	15%
3	15%	ATTIVAZIONE ELICOTTERO TRASPORTI SECONDARI	REVISIONE ED APPROVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DELL'ELIMBULANZA PER TRASPORTI SECONDARI	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	15%
4	10%	OBIETTIVI DEL PAMA	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	1 unità formata	0%
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	obiettivo raggiunto	10%
6	10%	MISSIONI ANNULLATE	PREDISPOSIZIONE E TRASMISSIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA DI UNA RELAZIONE SULLE ANNULLATE CON PROPOSTA DI CORRETTIVI ORGANIZZATIVI	SI/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
7	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	VERIFICA ESECUZIONE SERVIZIO ELIMBULANZA REDAZIONE REPORT TRIMESTRALI	REPORTS TRIMESTRALI A CURA DELLA COMMISSIONE DI MONITORAGGIO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	10%
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 CONVENZIONATO	ADOZIONE PROCEDURA	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	10%
10		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MARCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MARCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
	90%					88,89%	80%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PAMA	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	1 unità formata	0%
2	15%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	15%
3	20%	ADOZIONE DEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI RACCOLTA DATI PER L'ATTIVITÀ DI ELISOCCORSO	IMPLEMENTAZIONE DATABASE DEDICATO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DMO	obiettivo raggiunto	20%
4		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MARCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MARCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
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		partecipano infermieri e coordinatore	15%
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		partecipano infermieri e coordinatore	15%
7		ADOZIONE PROCEDURA INFORMATICA DRDIII	11 PERSONE FORMATE / IL PERSONALE CHE EFFETTUA ORDINI IDENTIFICATO DAL DIRETTORE DI UOC	> 10%		la struttura non è collegata alla procedura	
	80%					81,25%	65%

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>=90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo non valutabile per necessità adeguamento applicativo	
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMODINAMICHE	% PAZIENTI CON ECG REFERIATO 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	funzionalità attivata solo nel mese di dicembre 100 %	10%
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	94%	10%
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNIATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE	7	10%
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	SÌ/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	SÌ/NO		procedura aggiornata e condivisa	10%
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	2015 = 20' 18" 2016 = 20' 18"	10%
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPD1"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	2015 = 48,5 2016 = 4,8	20%
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile ocul	10%
	90%					100%	90%

## 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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, IO4 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNIATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE	7	15%
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	94%	15%
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		65%	20%
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	obiettivo raggiunto	20%
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLGS 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%		233/256 - rimanenti in lunga malattia o in attesa di corso dedicato (amministrativi)	15%
	85%					100%	85%

obiettivo integrativo fatture 2016	0 fatture non liquidate	0,00		100%
------------------------------------	-------------------------	------	--	------

**Obiettivi anno 2016**  
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPIUTE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo non valutabile per necessità adeguamento applicativo	
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	100%	10%
3	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPIAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPlicATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	96%	10%
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	10	10%
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MAXIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MAXIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOC MAXIEMERGENZA (OBIETTIVO CONDIVISO)	procedura raggiunta e conclusa	10%
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	2015 = 16' 35" 2016 = 17' 10"	0%
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONI E MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPOT"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	2015 = 45 2016 = 17,7	20%
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile ocl	10%
	90%					88,89%	80%

**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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
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	10	15%
3	15%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPIAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPlicATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	96%	15%
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPIAZIONE 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	60%	20%
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	obiettivo raggiunto	20%
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	9	0%
	85%					82,35%	70%
		obiettivo integrativo fatture 2016	1 fattura non liquidata	534,80			0%

**Obiettivi anno 2016**  
**OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA**

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIULI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo non valutabile per necessità adeguamento applicativo	
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMOdinamiche	% PAZIENTI CON ECG REFERATO POSITIVO PER SISTEMI TRASPORTATI VERSO NODI DELLA RETE	> 90%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ, CON VERIFICA DEL DATO DEL MESE SUCCESSIVO - ATTESTAZIONE A CURA DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	100%	10%
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	91%	10%
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNIATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE	20	10%
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI LUNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	SVND	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI MANIEMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MANIEMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	SVND	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOC MANIEMERGENZE (OBIETTIVO CONDIVISO)	procedura aggiornata e condivisa	10%
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	2015 = 21' 19" 2016 = 21' 12"	10%
8	10%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A SPOT"	N. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	2015 = 27.804 2016 = 22.740	20%
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile uci	10%
	90%					100%	90%

**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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MARCATE HIRNDRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 95% DI MARCATE HIRNDRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	PARTECIPAZIONE OBBLIGATORIA AL CORSO DI BASE SUL RISCHIO CLINICO	FORMAZIONE DI ALMENO IL 20% DEL PERSONALE SANITARIO IMPEGNIATO IN ATTIVITÀ DI EMERGENZA	RILEVAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE	20	15%
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	91%	15%
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPILAZIONE GIORNALIERA DEL FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	CONTI ROLLI A CAMPIONE A CURA DEL CPSE SU ALMENO IL 60% DEI MEZZI ARES	ATTESTAZIONE A CURA DEL SAU	circa 100 %	20%
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	obiettivo raggiunto	20%
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/IL PERSONE IN ORGANICO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE	7 + 11	0%
	85%					82,35%	70%
		<b>obiettivo integrativo fatture 2016</b>	<b>1 fattura non liquidata</b>	<b>€1.123,97</b>			<b>0%</b>

Obletliivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		PROCEDURA ICTUS	% SCHEDE ICTUS COMPILATE/ TOT CODICI GIALLI NEUROVASCOLARI	>90%	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo non valutabile per necessità adeguamento applicativo	
2	10%	ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI TELETRASMISSIONE DEL TRACCIATO ALLE EMOdinamiche	% PAZIENTI CON ECG REGISTRATO POSITIVO PER STEMI TRASPORTATI VERSO I NODI DELLA RETE	> 90%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA, CON VERIFICA DEL DATO NEL MESE SUCCESSIVO - ATTESTAZIONE A CURA DEI SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	100%	10%
3	10%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPIAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	87%	9,67%
4	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARI	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	96	10%
5	10%	ATTIVAZIONE RETE TRAUMA	AGGIORNAMENTO/PREDISPOSIZIONE DI UNA SPECIFICA PROCEDURA SULLA BASE DEL INVITO PCAE REGIONALE	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
6	10%	PROCEDURA DI ATTIVAZIONE IN CASO DI EMERGENZA	COLLABORAZIONE CON LA UOC MANI EMERGENZA ALLA REVISIONE DELLA PROCEDURA AZIENDALE	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOC MANI EMERGENZA (OBIETTIVO CONDIVISO)	procedura aggiornata e condivisa	10%
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	2015 = 15' 31" 2016 = 16'23"	6%
8	20%	CONTENIMENTO ATTIVAZIONE MEZZI ESTERNI IN SOSTITUZIONE C.D. "A 3PT"	IL. ORE DEI MEZZI ATTIVATI	< 2015	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI	2015 = 203.492 2016 = 144.616	20%
9	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE Misure PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok dal responsabile act	10%
	90%					88,52%	80%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONI 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	funzionalità non attivata	0%
2	15%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARI	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	96	15%
3	15%	ADEMPIMENTI COLLEGATI ALLE PRESCRIZIONI DEL FLUSSO EMUR	COMPIAZIONE INFORMATIZZATA, NELL'APPLICATIVO DI CENTRALE OPERATIVA, DEI CAMPI OBBLIGATORI PER IL FLUSSO EMUR 118	>90%	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	87%	14,50%
4	20%	FASCICOLO MEZZO DI SOCCORSO	COMPIAZIONE 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	obiettivo raggiunto	20%
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	obiettivo raggiunto	20%
6	15%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 83/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/IL PERSONE IN ORGANICO	100%	ATTESTAZIONE A CURA DELLA UOS FORMAZIONE	193	0%
	85%					81,76%	69%

obiettivo integrativo fattura 2016	6 fatture non liquidate	1.905,00				0%
------------------------------------	-------------------------	----------	--	--	--	----

U.O.C. Maxiemergenze e Grandi Eventi

Obiettivi 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	10%	REVISIONE PROCEDURA GESTIONE MAXIEMERGENZA CON LE SINGOLE CC.OO. PROVINCIALI	AGGIORNAMENTO PROCEDURA	S/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
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	ricevuto	10%
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	ricevuto	10%
4	10%	VALUTAZIONE E PROPOSTE SUL 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	S/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
5	10%	MONITORAGGIO SULL'AGGIORNAMENTO DEI PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE		100 % risposte individuazione referente	10%
6	10%	MONITORAGGIO SULL'EFFETTUAZIONE DELLE ESERCITAZIONI ANNUALI SULL'ATTIVAZIONE DEI PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE		100 % risposte su esercitazione annuale	10%
7	10%	PIANO ANNUALE PER EFFETTUAZIONE DI ALMENO TRE ESERCITAZIONI SULLA CATINA DI COMANDO	PREDISPOSIZIONE DI PIANO ANNUALE DA SOTTOFORNIRE ALLA DIREZIONE SANITARIA CON EFFETTUAZIONE DI UN'ESERCITAZIONE	ESECUZIONE DI UNA ESERCITAZIONE/ANNO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
8	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	10%
9	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARRI	PARTICIPAZIONE 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	4	10%
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 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		deliberazione 626/2016 - cfr attestazione responsabile PAC	5%
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 prepedentive all'emissione di fatture attive.	DEFINIZIONE REGOLAMENTO ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016			5%
	100%					100%	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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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, IO4 E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
2	15%	SUPPORTO ALLA RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DEGLI EVENTI GIUBILARI PER SINGOLO EVENTO	PARTICIPAZIONE ALLA REDAZIONE DELLA RELAZIONE	RELAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	15%
3	10%	ADOZIONE PROCEDURA INFORMATICA ORDINI	IN PERSONE FORMATE / IN PERSONALE CHE EFFETTUA ORDINI IDENTIFICATO DAL DIRETTORE DI UOC.	> 10 %		100%	10%
4	10%	PARTICIPAZIONE 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	obiettivo raggiunto	10%
5	10%	PARTICIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO SULL'EFFETTUAZIONE DELLE ESERCITAZIONI ANNUALI SULL'ATTIVAZIONE DEI PEIMAF DELLE STRUTTURE SANITARIE	NUMERO STRUTTURE INTERPELLATE /NUMERO STRUTTURE DELLA RETE DELL'EMERGENZA	100% STRUTTURE INTERPELLATE	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
6	40%	PARTICIPAZIONE ALLA REVISIONE PROCEDURA GESTIONE MAXIEMERGENZA CON LE SINGOLE CC.OO. PROVINCIALI	AGGIORNAMENTO PROCEDURA	S/NO	ATTESTAZIONE DIREZIONE SANITARIA (OBIETTIVO CORRELATO)	obiettivo raggiunto	40%
	85%					100%	85%

obiettivo integrativo fatture 2016	2 fatture non liquidate	404,00					0%
------------------------------------	-------------------------	--------	--	--	--	--	----

## DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA

## Obiettivi anno 2016

## OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
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%		64%	6,4%
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%		176%	10%
4	10%	PERCORSO ICTUS	VALUTAZIONE COMPILAZIONE SCHEDE ICTUS A CAMPIONE	3 REPORT		4	10%
5	10%	REPORT MENSILE SU MEZZI ATTIVATI A SPOT SUDDIVISO PER SINGOLA CENTRALE OPERATIVA	PRODUZIONE DI REPORT	N. REPORT ≥4		4	10%
6	10%	PARTECIPAZIONE GRUPPI DI LAVORO AZIENDALE PER IMPLEMENTAZIONE PROCEDURA TRAUMA ALLA LUCE DEL NUOVO PCAE REGIONALE	REDAZIONE E APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE DELLE CENTRALI OPERATIVE	SI/NO		si	10%
7	10%	SISTRI: REVISIONE MODELLO ORGANIZZATIVI E ISTRUZIONI OPERATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SISTRI	PRODUZIONE DOCUMENTO	SI/NO		si	10%
8	5%	MONITORAGGIO DEI POSTI LETTO DI AREA CRITICA	ADOZIONE PROCEDURA INFORMATIZZATA PER LE STRUTTURE COINVOLTE	100% DELLE STRUTTURE COINVOLTE	tutte tranne s.anna pomezia e po latina	95%	4,75%
9	5%	COORDINAMENTO TRASPORTI CONNESSI ALLE ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICHE	REDAZIONE PROCEDURA TRASPORTO FUORI REGIONE DEL SOGGETTO RICEVENTE	SI/NO		si	5%
10		PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	struttura non coinvolta da misure 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)	deliberazione 626/2016 - cfr attestazione responsabile PAC	10%
	80%					95,19%	76,15%

**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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
2	10%	AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AL TERRITORIO DELLE ASSLIL RM F	ASSORBIMENTO SUB CENTRALE - CIVITAVECCHIA E BRACCIANO - PER IL TERRITORIO DELLE ASSLIL RM F	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
3	10%	AMPLIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AL TERRITORIO DELLE ASSLIL RM H	ASSORBIMENTO SUB CENTRALE - GENZANO - PER IL TERRITORIO DELLE ASSLIL RM H	SI/NO	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
4	20%	RILEVAZIONE DATI DI ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	FORMULAZIONE DI REPORT MENSILI	3 REPORT MENSILI (IL PRIMO REPORT - OVE NON GIÀ - PRODOTTI - DOVRÀ CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	20%
5	20%	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE SCHEDE RELATIVE ALL'INTERVISTA DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	MESSA A REGIME DEL SISTEMA DI CONTROLLO DI QUALITÀ DELLE SCHEDE RELATIVE ALL'INTERVISTA DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	3 REPORT MENSILI (IL PRIMO REPORT DOVRÀ CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	20%
6	20%	AGGIORNAMENTO DEL MESSAGGIO REGISTRATO	PRODUZIONE DI UN NUOVO MESSAGGIO REGISTRATO	SI/NO		predisposto messaggio in data 25 ottobre 2016	20%
	80%					100%	80%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
2	35%	INVIO ALLA DIREZIONE SANITARIA DEI DATI MENSILI DI ATTIVITÀ DELLA CENTRALE DI ASCOLTO	TRASMISSIONE DI REPORT MENSILI	3 REPORT MENSILI (IL PRIMO REPORT - OVE NON GIÀ - PRODOTTI - DOVRÀ CONTENERE I DATI RELATIVI AI PRIMI 9 MESI DEL 2016)	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	35%
3	35%	ELABORAZIONE REPORTISTICA RILEVAZIONE PRESENZE DEL PERSONALE MEDICO IN CONVENZIONE	TRASMISSIONE DI REPORT MENSILI	12 REPORT ANNUALI		predisposti ed inviati alla Uoc trattamento economico	35%
	70%					100%	70%

U.O.S. Risk Management

Obiettivi anno 2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Nota	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	20%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	ELABORAZIONE PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2016 SECONDO LE LINEE GUIDA REGIONALI	APPROVAZIONE PARM		deliberazione n. 409 del 14 settembre 2016	20%
2	10%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	Progettazione del "Corso Base di Risk Management" previsto nel Piano formativo aziendale 2016	ALMENO 5 EDIZIONI		6 edizioni	10%
3	20%	COORDINAMENTO DEL COMITATO RISCHIO AZIENDALE	ORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE DEL COMITATO CON INOLTRO ATTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	ALMENO TRE RIUNIONI L'ANNO		3 riunioni	20%
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		partecipazione a gruppi di lavoro regionali (7 incontri) + trasmissione documenti 5 aprile e 27 maggio	20%
5		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	funzionalità non attivata	
6	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	ADOZIONE MISURE PRESCRITTE DAL PIANO	RELAZIONE ALL'UFFICIO COMPETENTE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	10%
7	10%	RISPETTO DEL FLUSSO SIMES MINISTERIALE	INSERIMENTO DEGLI EVENTI SENTINELLA NEI TEMPI PREVISTI: SCHEDA A	>90%		100 % delle schede A inserite entro 5 giorni	10%
	90%					100%	90%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
2	50%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	SUPPORTO NELL'ORGANIZZAZIONE del "Corso Base di Risk Management" previsto nel Piano formativo aziendale 2016	ALMENO 5 EDIZIONI		6 edizioni	50%
3	25%	COMITATO RISCHIO AZIENDALE	ORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE DEL COMITATO CON INOLTRO ATTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA	ALMENO TRE RIUNIONI L'ANNO		tre riunioni	25%
	75%					100%	75%

U.O.S. Qualità dei Processi

2016

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	15%	MONITORAGGIO QUALITA' CONTRATTO LAVANOLO	RECEPIMENTO E VERIFICA SCHEDE QUALITA' CPSE	N.SEGNALAZIONI DI DIFFORMITA' VERIFICATE/N. CONTESTAZIONI ALLA DITTA FORNITRICE = 1	COPIA AL CONTROLLO DI GESTIONE	nessuna "non conformità critica" segnalata	15%
2	25%	MONITORAGGIO QUALITA' SCHEDE DI SOCCORSO	RECEPIMENTO E VERIFICA SCHEDE AZIENDALI E DI ENTI ESTERNI	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		2 report =75 %	18,75%
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	ok del responsabile act	20%
4		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	funzionalità non attivata	
5	25%	REALIZZAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL REPOSITORY AZIENDALE	INSERIMENTO PROCEDURE APPROVATE ENTRO 15 GG	100%	REPORT INVIATO IN DIREZIONE SANITARIA	aperta sezione sul sito aziendale caricamento di media entro 48 ore dall'approvazione	25%
	85%					92,65%	79%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
2	25%	MONITORAGGIO QUALITA' CONTRATTO LAVANOLO	EFFETTUAZIONE INTERVISTE TELEFONICHE AGLI OPERATORI SULLA QUALITA' PERCEPITA	REPORT MENSILE	ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE UOS QUALITA'	nessuna "non conformità critica" segnalata	25%
3	30%	MONITORAGGIO QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO	SUPPORTO PER L'ANALISI DELLE RICHIESTE PERVENUTE DALLE UUOCCSUES	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO		non risultano reports	0%
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	ok del responsabile act	25%
	80%					62,50%	50%

U.O.S. Formazione

Obiettivi anno 2016  
OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	20%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM (PARTICIPAZIONE 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	obiettivo raggiunto	20%
2	20%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	ORGANIZZAZIONE DI CORSO BASE DI RISK MANAGEMENT	ALMENO 5 EDIZIONI		6 edizioni	20%
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		obiettivo raggiunto	20%
4	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLS/D/PBLSD	ATTESTAZIONE AVVENUTO CONTROLLO SULL'ISTRUTTORIA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	20%
5	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO F4) Separare adeguatamente compiti e responsabilità nelle fasi di acquisizione, rilevazione e gestione dei crediti (e dei corretti ricavi).	F4.2 Definire una contabilità per commessa per la gestione dei contribuenti sia pubblici che privati al fine di gestire e rendicontare l'utilizzo degli stessi.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016		deliberazione 626/2016 - cfr attestazione responsabile PAC	10%
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			10%
	100%					100%	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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	30%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM (PARTICIPAZIONE 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	obiettivo raggiunto	30%
2	30%	ATTUAZIONE OBIETTIVI PARM	SUPPORTO ALL'ORGANIZZAZIONE DI CORSO BASE DI RISK MANAGEMENT	ALMENO 5 EDIZIONI		6 edizioni	30%
3	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	VERIFICA DEI REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO DEI CENTRI DI FORMAZIONE BLS/D/PBLSD	ATTESTAZIONE AVVENUTO CONTROLLO SULL'ISTRUTTORIA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	20%
4		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, JOLG E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
	80%					100%	80%

U.O.C. ACOVIES

Obiettivi anno 2016  
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 99% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITA'	funzionalità non attivata	
2	10%	CONTROLLO ENTI TERZI	PREDISPOSIZIONE DI RELAZIONE SULL'ATTIVITA' EFFETTUATA DAL GRUPPO DI CONTROLLO ENTI TERZI	RELAZIONE ALLA DIREZIONE SANITARIA	ATTESAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
3	10%	CONTROLLO ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROFILI DEI CONTROLLI DA PARTE DEI RESPONSABILI PO DI AREA	PRODUZIONE DI UNA PROPOSTA	ATTESAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
4	10%	CONTROLLO ENTI TERZI	CONTROLLO DEI MEZZI DI ENTI TERZI OPERANTI PER AZIENDA	REPORT ALLA DIREZIONE SANITARIA DEI CONTROLLI EFFETTUATI SU N. MEZZI > 60	ATTESAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	10%
5	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: CONTROLLO DEL POSSESSO DEI REQUISITI DEGLI ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROCESSI INTERNI DI CONTROLLO	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile oci	20%
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	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile oci	20%
7	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: VIGILANZA EX L. 49/89	CONDIZIONE DEL DATABASE PER MONITORAGGIO DELLE VALUTAZIONI	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile oci	20%
	90%					100%	90%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		AVVIO IMPLEMENTAZIONE GESTIONE INFORMATIZZATA DEL SISTEMA RILEVAZIONE PRESENZE PER QUANTO RIGUARDA LA GESTIONE DELLE MANCATE TIMBRATURE E DELLE ASSENZE A QUALUNQUE TITOLO.	IL 99% DI MANCATE TIMBRATURE E DI ASSENZE PER FERIE, 104 E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITA'	funzionalità non attivata	
2	30%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: CONTROLLO DEL POSSESSO DEI REQUISITI DEGLI ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROCESSI INTERNI DI CONTROLLO	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile oci	30%
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	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile oci	30%
4	30%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROCESSO SOGGETTO A RISCHIO: VIGILANZA EX L. 49/89	CONDIZIONE DEL DATABASE PER MONITORAGGIO DELLE VALUTAZIONI	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile oci	30%
	90%					100%	90%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
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	obiettivo raggiunto	35%
3	35%	AVVIO IMPLEMENTAZIONE DEMATERIALIZZAZIONE DEI CERTIFICATI DI IDONEITÀ SPECIFICA	INVIO TELEMATICO CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI INTERESSATE	> 95%	fatto per Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa SUES Roma, Maxiemergenze, Elisoccorso, Logistico e approvvigionamento, Autoparco, Acovies, Risk Management, Qualità dei processi, SAI, SPP, Psicologia del Lavoro, Affari Generali, Tecnica, Provveditorato, Amministrazione e finanze, Trattamento Economico e previdenziale, Controllo di gestione, Stato giuridico, Trasparenza e l'anticorruzione, Medico Competente	87%	32,05%
	70%					95,79%	67,05%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
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	obiettivo raggiunto	40%
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	obiettivo raggiunto	40%
	80%					100%	80%

U.O.S. Psicologia del Lavoro

Obiettivi anno 2016  
 OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1		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	funzionalità non attivata	
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 ATTIVITA' SVOLTE INVIATO ALLA DIREZIONE SANITARIA	TRASMISSIONE REPORT	ATTESTAZIONE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA	obiettivo raggiunto	30%
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		indagine conclusa il 16 dicembre 2016	30%
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	ok del responsabile act	20%
	80%					100%	80%

UOC Servizio dell'Assistenza Infermieristica

OBIETTIVI ANNO 2016

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

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	10%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	PROPOSTA DI RECI REGOLAMENTO AZIENDALE PER LE MOBILITÀ INTERNE NON LEGATE ALLE NECESSITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile act	10%
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 ABILITAZIONE / AUTORIZZAZIONE OPERATORI	S/NO		in corso	10%
3		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 CHE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	
4	10%	GESTIONE RIFIUTI SPECIALI	RISPETTO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SPECIALI	100% DI ADESIONE	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
5	10%	SISTRI: REVISIONE MODELLO ORGANIZZATIVI E ISTRUZIONI OPERATIVE RELATIVE AGLI ADEMPIMENTI SISTRI	PRODUZIONE DOCUMENTO	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
6	10%	CONTROLLO ENTI TERZI	DEFINIZIONE DEI PROFILI DEI CONTROLLI DA PARTE DEI RESPONSABILI PO DI AREA - REDAZIONE PROPOSTA	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
7	10%	PROTOCOLLO INFORMATIZZATO	ADOZIONE DELLO SPECIFICO APPLICATIVO	S/NO		funzionalità attivata e operativa	10%
8	10%	EVASIONE PRATICHE URP AZIENDALE ENTRO 30 GG	N. PRATICHE EVASE IN 30 GG/ N. RICHIESTE AZIENDALI	>60 %		90%	10%
9	10%	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DLG 81/08	N. DEL PERSONALE FORMATO/N. PERSONE IN ORGANICO	100%		100%	10%
10	10%	REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO LOGISTICO	REDAZIONE DOCUMENTO	S/NO	ATTESTAZIONE A CURA DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	obiettivo raggiunto	10%
	90%					100%	90%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
	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	ok del responsabile act	100%
	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	ok del responsabile act	
	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	ok del responsabile act	

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	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	570 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	604 fatture non liquidate	33,03%
	35%			9.231.327,745 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	4.840.767,02 non liquidato	35%
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.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso	vedere attestazione responsabile PAC	30%
	100%					98,03%	98,03%

## 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	reports al collegio sindacale per relazione trimestrale	25%
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	reports al collegio sindacale per relazione trimestrale	25%
3	0%	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	funzionalità non attivata	0%
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	604 fatture non liquidate	18,87%
	20%			9.231.327,75 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	4.840.767,02 non liquidato	20%
	90%					98,75%	89%

obiettivo Integrativo fatture anno 2016	22 fatture non liquidate	59.957,88					0%
---	--------------------------	-----------	--	--	--	--	----

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	ok del responsabile act	100%
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	ok del responsabile act	
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	ok del responsabile act	
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE 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	ok del responsabile act	
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	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	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	ok del responsabile act	

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	25%	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	116 FATTURE NON LIQUIDATE	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	8 fatture non liquidate	25%
	30%			358.888,17 IMPORTO NON LIQUIDATO		9.815,65 non liquidato	30%
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/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	COPIA CONTROLLO DI GESTIONE (OBIETTIVO CONDIVISO)	vedere attestazione responsabile PAC	15%
3	0%	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 acquisiti 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	vedere attestazione responsabile PAC obiettivo rinviato al 2017	0%
4	0%		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	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso	vedere attestazione responsabile PAC obiettivo rinviato al 2017	0%
	70%					100%	70%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	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, LOI E RECUPERO ORE DOVRÀ ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	funzionalità non attivata	0%
2	25%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50 % DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA CDG 6971 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	8 fatture non liquidate	25%
	35%			358.888,17 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	9.815,65 non liquidate	35%
3	20%	PERCORSO ATTUATIVO DELLA "CERTIFICABILITÀ" OBIETTIVO 03 - 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	% documentazione allegata alla relazione	0%
						75%	60%
obiettivo integrativo fatture anno 2016				15.195,48			0%

U.O.C. Provveditorato, ABS, Attrezzature ed Economato - dal 1<sup>a</sup> 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	ok del responsabile act	83,33%
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	ok del responsabile act	
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	ok del responsabile act	
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI MANCATO 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	ok del responsabile act	
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE 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	no	
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	ok del responsabile act	

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	344 fatture non liquidate	16,13%
	30%			1.693.564,44 IMPORTO NON LIQUIDATO		1.926.376,08 non liquidati	26,37%
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/rispondabilità; - 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	vedere attestazione responsabile PAC	15%
3	0%	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. 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	RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE AL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso	vedere attestazione responsabile PAC obiettivo rinviato al 2017	0%
4	15%			DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016			0%
	85%			ABBATTIMENTO PER RAGGIUNGIMENTO PARZIALE OBIETTIVI ACT	56,38%	67,66%	58%

relazione non pervenuta (abbattimento punteggio - solo dirigenza)

-10%

50,74%

## 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	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	funzionalità non attivata	0%
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	344 fatture non liquidate	22,59%
	40%			1.693.564,44 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	1.926.376,08 non liquidati	35,17%
	75%					77,00%	57,75%
obiettivo Integrativo fatture anno 2016		58 fatture non liquidate		601.913,32			0%

relazione non pervenuta

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 IO (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 parziali realizzazioni degli stessi).

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Nota	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	INDIVIDUAZIONE DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI DI COMPETENZA	TRASMISSIONE PROSPETTO A RESPONSABILITÀ PREVALENZA DELLA CORRUZIONE ENTRO IL TERMINE INDICATO NEL PPC	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile CCT	100%
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORI NELL'EMMISSIONE DI ORDINATIVI DI PAGAMENTO (SOMME NON DOVUTE, ERRORI DI PERSONA, ASSENZA DI CRITERI PRESTABILITI)	ADOZIONE DI SPECIFICO REGOLAMENTO	ATTESAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile CCT	

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Nota	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	ATTESAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	62 FATTURE NON LIQUIDATE	15%
	15%			1.513.758,87 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	313.090,92 non liquidato	15%
5	0%	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 acquisiti 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	vedere attestazione responsabile PAC obiettivo rinvio al 2017	0%
6	0%		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	DEFINIRE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso	vedere attestazione responsabile PAC obiettivo rinvio al 2017	0%
7	10%	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.	A2.1 Definire una procedura aziendale di predisposizione e monitoraggio del budget.	DEFINIZIONE PROCEDURA ENTRO IL 31 DICEMBRE 2016	obiettivo condiviso	vedere attestazione responsabile PAC	10%
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 UOOU. 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	vedere attestazione responsabile PAC	10%

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

OBIETTIVI ANNO 2016

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	vedere attestazione responsabile PAC / la deliberazione 626 del 30 dicembre 2016 ricomprende quanto richiesto negli obiettivi PAC di cui alla lettera F	5%
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		5%
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	obiettivo condiviso		5%
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			5%
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			5%
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			5%
	80%					100%	80%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	25%	LIQUIDAZIONE FATTURE	RIDUZIONE DEL 50% DEL VALORE DEL NON LIQUIDATO AL 20 GIUGNO 2016 (NOTA COG 5861 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	62 FATTURE NON LIQUIDATE	25%
	35%			1.533.758,87 IMPORTO NON LIQUIDATO	A DECORRERE DALL'ATTIVAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ	313.090,99 non liquidato	35%
2	0%	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, LDA E RECUPERO ORE DOVRA' ESSERE GESTITO PER VIA INFORMATICA.	>=95%		funzionalità non attivata	0%
	60%					100%	60%
<b>obiettivo integrativo fatture anno 2016</b>				<b>18.696,59</b>			<b>0%</b>

U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1<sup>a</sup> 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
	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	ok del responsabile act	100%
	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	ok del responsabile act	

OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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)		1 report al 30 settembre con previsione al 31 dicembre = 80 %	20%
2		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		non attivato cfr documentazione	NON VALUTABILE
3	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	vedere attestazione responsabile PAC	20%

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

OBIETTIVI ANNO 2016

4	15%	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		15%
5	15%		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	vedere attestazione responsabile PAC / la deliberazione 626 del 30 dicembre 2016 ricomprende quanto richiesto negli obiettivi PAC di cui alla lettera F	15%
	75%					93,33%	70%

U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1<sup>a</sup> 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	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	funzionalità non attivata	0%
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	vedere attestazione responsabile PAC / la deliberazione 626 del 30 dicembre 2016 ricomprende quanto richiesto negli obiettivi PAC di cui alla lettera F	35%
3	35%		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		35%
	70%					100%	70%

## 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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	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	funzionalità non attivata	0%
2	25%	MONITORAGGIO OBIETTIVI AZIENDALI	RENDICONTAZIONI SINTETICHE AI FINI INTERNI E NEI CONFRONTI DELLA STRUTTURA REGIONALE	DEFINIZIONE STATI AVANZAMENTO		si	25%
3	0%	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		vedere attestazione responsabile PAC - obiettivo rinviato al 2017	0%
4	30%	LIQUIDAZIONE FATTURE	PREDISPOSIZIONE REPORTS PERIODICI ALLE UOOO INTERESSATE ED ALLA DIREZIONE STRATEGICA	N. REPORTS > 8		67 comunicazioni protocollate (situazioni al 9 novembre 2016) oltre a comunicazioni specifiche per obiettivi integrativi	30%
	55%					100%	55%

**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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	ok del responsabile act	100%
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	ok del responsabile act	
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	ok del responsabile act	
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	ok del responsabile act	

**OBIETTIVI SPECIFICI PER LA DIRIGENZA**

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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	determinazione dirigenziale 139 del 11 agosto 2016	50%
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	vedere attestazione responsabile PAC	20%
3	30%	DOTAZIONE ORGANICA	MONITORAGGIO DOTAZIONE ORGANICA (COMPRENSIVA 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)		reports mensili sottoposti alla Direzione, completi di dati economici	30%
	100%					100%	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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	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	funzionalità non attivata	0%
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) DOVRA' CONTENERE I DATI RELATIVI AL PERIODO 1 GENNAIO - 30 SETTEMBRE 2016)		reports mensili sottoposti alla Direzione, completi di dati economici	50%
	50%					100%	50%

**RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE**

OBIETTIVI ANNO 2016

OBIETTIVI COMUNI DIRIGENZA E COMPARTO

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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		obiettivo raggiunto	35%
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		obiettivo raggiunto	35%
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		adottato con deliberazione 577/2016	30%
	100%					100%	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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
	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	ok del responsabile act	100%
	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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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'ARES 118, CON UN ORDINE DI PRIORITÀ DEFINITO DALLA DIREZIONE SANITARIA	DATI SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	60,61%	7%
2	25%	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	27 fatture non liquidate	25%
	35%			636.204,8 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	192.978,78 non liquidato	35%

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	vedere attestazione responsabile PAC	10%
4	0%	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	vedere attestazione responsabile PAC obiettivo rinviato al 2017	0%
5	0%		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		0%
	80%					95,97%	77%

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	0%	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	funzionalità non attivata	0%
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	27 fatture non liquidate	30%
	35%			636.204,8 IMPORTO NON LIQUIDATO	ATTESTAZIONE A CURA DEL CONTROLLO DI GESTIONE SULLA BASE DELLE COMUNICAZIONI REGIONALI	192.978,78 non liquidato	35%
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		61%	17%
	90%					91,05%	82%

obiettivo integrativo fatture anno 2016	0 fatture non liquidate						100%
---	-------------------------	--	--	--	--	--	------

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	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
1	20%	Tecnostruttura 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 al SUES	entro il 31 dicembre 2016		obiettivo raggiunto	20%
2	20%	Tecnostruttura amministrativa - accentramento competenze delle SUES in materia di rilevazione presenze	elaborazione disciplinare per omogeneizzare la gestione delle assenze per malattia	APPROVAZIONE DOCUMENTO	non elaborato per carenza di tempo a disposizione	75%	15%
3	20%	Tecnostruttura amministrativa - centralizzazione funzioni autoparco Aziendale	Completo passaggio delle linee di attività relative all'Autoparco	SI		obiettivo raggiunto	20%
4	20%	Tecnostruttura amministrativa - centralizzazione funzioni autoparco Aziendale	elaborazione regolamento per la gestione/manutenzione del parco mezzi dell'ARES	APPROVAZIONE DOCUMENTO	confermato il regolamento in vigore, sino alla acquisizione completa della documentazione relativa alle aree ed ai contratti	100%	20%
5	20%	Tecnostruttura 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	effettuata ricognizione entro il 31 dicembre. Trasmissione elenco veicoli da rottamare a pres commissione fuori uso 3 gennaio 2017 attivazione procedura determinazione veicoli cedibili	100%	20%
	100%					95,00%	95%

Prot. Gen. 3042/2017  
27/04/17

**Azienda Regionale Emergenza Sanitaria**  
ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE  
Via Portuense, 240 – 00149 Roma  
Tel. 06 53082411  
E-mail: ebellani@ares118.it

Al Direttore Generale dell'ARES 118  
Dott.ssa Maria Paola Corradi  
Via Portuense, 240 - 00149 Roma

e p.c. Al Dipartimento della Funzione Pubblica  
Corso Vittorio Emanuele II, 116  
00186 Roma  
[performance@funzionepubblica.it](mailto:performance@funzionepubblica.it)

#### Documento di validazione della Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs. n. 150/2009 e successive delibere CIVIT n. 4/2012, n. 5/2012, ha esaminato la Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati relativa all'anno 2016.

L'OIV ha preso in esame la documentazione sinteticamente elencata nell'allegato n. 1, parte integrante del presente documento.

Sulla base di quanto sopra, con particolare riferimento alla struttura ed ai contenuti della Relazione, si è provveduto alla redazione della sezione di sintesi di cui all'allegato n. 2, parte integrante del presente documento.

**Tutto ciò premesso l'OIV valida la Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati relativa all'anno 2016.**

Roma, 27 aprile 2017

  
Il Presidente dell'OIV  
Dott. Marino Nonis

ALLEGATO N. 1 AL DOCUMENTO DI VALIDAZIONE

DOCUMENTAZIONE ESAMINATA AI FINI DELLA VALIDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2016		
UOC SUES ELISOCORSO	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC SUES FROSINONE E PROVINCIA	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC SUES LATINA E PROVINCIA	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC SUES RIETI E VITERBO	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC SUES ROMA - CITTÀ METROPOLITANA	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC MAXIEMERGENZE	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOS RISK MANAGEMENT	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOS QUALITÀ DEI PROCESSI	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOS FORMAZIONE	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC ACOVIES	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOS MEDICO COMPETENTE	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC SPP	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOS PSICOLOGIA DEL LAVORO	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
SERVIZIO PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Affari Generali - dal 1° novembre 2016 UOD Affari Generali	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Tecnica - dal 1° novembre 2016 UOC Patrimonio e Gestione Risorse Immobiliari e Tecnologiche	ADEMPIMENTO OMESSO DAL DIRIGENTE	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Provveditorato, ABS, Attrezzature ed Economato - dal 1° novembre 2016 UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016 RELAZIONE SPECIFICA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Amministrazione e Finanze - dal 1° novembre 2016 UOC Contabilità e Bilancio	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Trattamento Economico e Previdenziale fino al 31 ottobre 2016 - dal 1° novembre incorporato in UOC Gestione Risorse Umane	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Stato Giuridico fino al 31 ottobre 2016 - dal 1° novembre incorporato in UOC Gestione Risorse Umane	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Informatica - dal 1° novembre 2016 UOC Information and Communication Technology	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
UOC COORDINAMENTO E SUPPORTO SUES	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
U.O.C. Controllo di Gestione - dal 1° novembre 2016 UOD Controllo di Gestione	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	RELAZIONE ATTESTANTE AZIONI E RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI OPERATIVI ANNO 2016	SCHEDA VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI STRUTTURA (PERFORMANCE DI UO)
DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA - SAI - RESPONSABILE PAC - RESPONSABILE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA - FORMAZIONE - CONTROLLO DI GESTIONE	N. 3 FASCICOLI CONTENENTI ATTESTAZIONI "ES TERNE" RELATIVE AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI COMUNI A PIU' STRUTTURE	

*A. I. R. A.*  
*Milly*

## SEZIONE DI SINTESI DELLE CARTE DI LAVORO

DENOMINAZIONE AMM.NE

Altra amministrazione

Scegliere l'amministrazione dal menù a tendina a sinistra (cella D2). Nel caso in cui l'amministrazione non sia inclusa nell'elenco, scegliere "Altra amministrazione" (cella D2) e indicarne la denominazione nella cella D3

Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118

RIFERIMENTI DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE (A)	OGGETTO DI VERIFICA AI FINI DELLA VALIDAZIONE (AREE DI VERIFICA) (B)	CONCLUSIONI RAGGIUNTE (H) (max 100 parole)	VALIDAZIONE (SI/NO) (I)
1	PRESENTAZIONE E INDICE	Sia l'indice che la presentazione rispettano quanto previsto della delibera CIVIT n. 5/2012.	SI
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI		SI
2.1	Il contesto esterno di riferimento	In questa sezione, l'Azienda riporta elementi riguardanti il proprio posizionamento nell'ambito della rete regionale dell'Emergenza Urgenza	SI
2.2	L'amministrazione	Nelle sezioni "Il personale" e "la struttura organizzativa" sono evidenziate informazioni rilevanti per l'interpretazione dei risultati raggiunti, delineati al successivo punto. In particolare, nella Relazione sono state inserite le informazioni relative al personale ed alla disponibilità dei mezzi sul territorio (Tabella 1 - Offerta del sistema di emergenza territoriale Ares 118).	SI
2.3	I risultati raggiunti	Nella sezione "la Domanda soddisfatta" sono riportati dati sui servizi resi, sulla popolazione servita e sui livelli di qualità del servizio. Nella Sezione "I risultati raggiunti" sono riportati le principali azioni ed i principali risultati conseguiti.	SI
2.4	Le criticità e le opportunità	Nella Relazione sono riportate le informazioni previste dalla delibera CIVIT	SI
3	OBIETTIVI, RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI	Le informazioni sono riportate nelle singole sotto sezioni della Relazione	SI
3.1	Albero della performance	La sezione contiene uno schema che evidenzia il rapporto tra le varie fonti e gli obiettivi aziendali. L'indicazione dei risultati raggiunti per ciascun obiettivo è riportata nella Tabella analitiche allegate alla relazione (ALLEGATO 1 TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI - ALLEGATO 2 "STATO ADEMPIMENTI AL 31 DICEMBRE 2016" - ALLEGATO 3 TABELLA OBIETTIVI OPERATIVI - a) Sanitari - b) Amministrativi)	SI
3.2	Obiettivi strategici	Nella sezione sono elencate le aree tematiche cui afferiscono gli obiettivi strategici, di fonte esterna ed interna, affidati dal Direttore Generale ai Direttori Sanitario ed Amministrativo. Per migliorare la leggibilità della relazione, obiettivi strategici, indicatori e target prefissati, unitamente ai risultati conseguiti, sono riportati nelle tabelle allegate alla relazione (allegato 1)	SI
3.3	Obiettivi e piani operativi	Nella sezione sono elencate le strutture destinatarie degli obiettivi operativi. Per migliorare la leggibilità della relazione, Indicatori e target prefissati per ciascuna struttura, unitamente ai risultati conseguiti, sono riportati nelle tabelle allegate alla relazione (allegato 3a e 3b)	SI
3.4	Obiettivi individuali	La sezione non è presente ma le informazioni sono riportate nella tabella allegata alla Relazione. Il dettaglio nell'affidamento di obiettivi individuali è a livello di categoria di personale (dirigenza / comparto)	SI
4	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	Le informazioni e i dati sono riportati all'interno della sezione. Lo scopo della sezione è quello di rendicontare i risultati conseguiti in termini di efficienza ed economicità dell'azione dell'Azienda nell'anno. L'Azienda riporta correttamente i principali valori di bilancio ponendo a confronto i dati di preventivo 2016 con quelli di preconsuntivo 2016, positivo nell'esito.	SI
5	PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE	Manca la sezione.	NO
6	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	Le informazioni complessivamente sono riportate in un unico paragrafo.	SI
6.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	Le informazioni sono riportate complessivamente in un unico paragrafo.	SI
6.2	Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance	La sotto sezione non è stata redatta.	
Allegato 2	Tabella obiettivi strategici	La tabella è allegata alla Relazione	SI
Allegato 3	Tabella documenti del ciclo di gestione della performance	La tabella sezione non è stata redatta.	
Allegato 4	Tabelle sulla valutazione individuale	Tutte le informazioni richieste sono riportate nel corpo delle tabelle "Obiettivi Strategici" e "Obiettivi Operativi" allegate alla Relazione	SI

21.10.17 (com)

Delibera n° 450 del 07 LUG. 2017.

Copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Roma, li 10 LUG. 2017

U.O.D. Affari Generali  
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



Copia della presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale in data 10 LUG. 2017

Roma, li

U.O.D. Affari Generali  
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



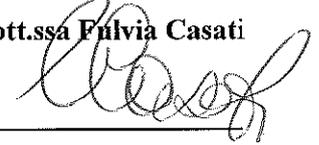
**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

\*\*\*\*\*

La presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda dal 10 LUG. 2017  
al \_\_\_\_\_

U.O.D. Affari Generali  
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



E' esecutiva dal 10 LUG. 2017

U.O.D. Affari Generali  
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati

