



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



DELIBERAZIONE N. 685 DEL 06 NOV. 2017

Struttura proponente: UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Codice settore proponente: CGDG0 004 /2017

OGGETTO: Deliberazione n. 450 del 7 luglio 2017 recante "Approvazione della Relazione sulla Prestazione e sui Risultati relativa all'anno 2016". Rettifica scheda di performance relativa alla UOS Qualità dei Processi.

Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Guglielmo Di Balsamo

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)

Firma Guglielmo Di Balsamo

Data 31/11/2017

Parere del Direttore Sanitario: Dott. Domenico Antonio Ientile

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)

Firma Domenico Antonio Ientile

Data 07-11-2017

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

07 NOV. 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

[Handwritten Signature]

Data

21/11/2017

06 NOV. 2017



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

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

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

Data _____

Firma Proponente/Richiedente

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

Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Elena Bellani

Firma Data 2/11/2017

Il Dirigente: Dott.ssa Elena Bellani

Firma Data 2/11/2017

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

06 NOV. 2017

Il Responsabile 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. 319 del 14 novembre 2014 e pubblicato sul BURL n. 32 – Supplemento 1 del 21/04/2015;

PREMESSO che con deliberazione n. 450 del 7 luglio 2017 si è provveduto ad approvare la Relazione sulle Prestazioni e sui risultati relativa all'anno 2016;

RILEVATO che la stessa conteneva, tra l'altro, schede singole destinate alla descrizione del grado di realizzazione degli obiettivi affidati a ciascuna struttura, diversificati per Dirigenza e Comparto, per l'anno 2016;

VISTA la corrispondenza intercorsa tra la UO proponente e la UOS Qualità dei processi, in merito al mancato raggiungimento dell'obiettivo 3 del Comparto "REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO", poiché non risultava comunicata, né altrimenti attestata, la produzione dei reports previsti, ed, in particolare:

- la nota n. 6321 del 13 luglio 2017, allegata al presente atto quale sua parte integrante (allegato n. 1);
- le mail del 18 e 19 luglio intercorse tra la UOD proponente ed il Responsabile della UOS Qualità dei processi (allegato 2), che hanno esitato nella ricezione dell'attestazione di avvenuto invio dei report relativi a quanto sopra;
- la mail del 19 luglio 2017 (allegato 3) con cui gli estremi dei suddetti reports sono stati sottoposti, per la valutazione della loro attinenza ed esaustività, a cura della scrivente UOD, alla Direzione Sanitaria;

PRESO ATTO che con nota n. 9061 del 20 ottobre 2017 (allegato 3), la Direzione Sanitaria ha comunicato:

- che, ancorché formulato in maniera diversa, l'obiettivo n. 3 del Comparto della UOS Qualità dei Processi corrispondeva all'obiettivo n. 2 della Dirigenza della medesima struttura;
- che erano pervenuti i 4 reports richiesti per entrambi gli obiettivi;
- che, pertanto, sia l'obiettivo della Dirigenza sia quello del comparto sono da intendersi raggiunti;

CONSIDERATO che in esito ai processi di rendicontazione e valutazione della performance, terminati nel mese di aprile 2017, si era calcolata la performance della UOS Qualità dei Processi



rispettivamente nel 92,65 % per la dirigenza e nel 62,50 % per il comparto, proprio in relazione alla valutazione della realizzazione dell'obiettivo n. 2 della dirigenza al 75 % e della mancata realizzazione dell'obiettivo n. 3 del comparto;

RITENUTO di dover procedere, nel senso indicato dalla citata nota n. 9061/2017 della Direzione Sanitaria, alla rettifica della scheda relativa alla struttura semplice UOS Qualità dei Processi attribuendo il 100% di raggiungimento ad entrambi gli obiettivi;

che, a seguito di tale rettifica, il risultato complessivamente conseguito dalle due componenti di personale della struttura in questione – Dirigenza e Comparto - è pari al 100 %;

PRESO ATTO che l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), cui la Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati relativa all'anno 2016 era stata a suo tempo sottoposta, si era espresso positivamente nel merito, redigendo il prescritto documento di validazione, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera c) del D. L.vo 150/2009;

- che, la presente rettifica, pur non rappresentando variazione dei criteri e dei principi esposti nella suddetta Relazione, bensì un mero ricalcolo, alla luce di evidenze sopravvenute, del risultato conseguito da una singola Unità organizzativa, verrà comunque sottoposta al predetto Organismo per dovuta conoscenza e completezza.

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

- di rettificare la scheda relativa alla struttura UOS Qualità dei Processi attribuendo il 100% di raggiungimento all'obiettivo n. 2 della Dirigenza ed all'obiettivo n. 3 del Comparto;
- approvare, pertanto, la nuova scheda, come sopra rettificata, dando atto che a seguito di ciò, sia la Dirigenza sia il Comparto hanno raggiunto i propri obiettivi al 100 % (allegato n. 5);
- di sottoporre l'esito della presente rettifica, sebbene non rappresenti variazione dei criteri e dei principi esposti nella Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati relativa all'anno 2016, all'Organismo Indipendente di Valutazione per dovuta conoscenza e completezza
- 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 Responsabile 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 RESPONSABILE DELLA UOD CONTROLLO DI GESTIONE

Dr.ssa Elena Bellani

06 NOV. 2017

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 Responsabile della UOD Controllo di Gestione

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

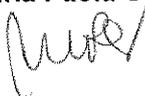
Per le motivazioni richiamate in premessa, che qui si intendono integralmente riportate, unitamente agli atti allegati:

- di rettificare la scheda relativa alla struttura semplice UOS Qualità dei processi attribuendo il 100% di raggiungimento all'obiettivo n. 2 della Dirigenza ed all'obiettivo n. 3 del Comparto;
- approvare, pertanto, la nuova scheda, come sopra rettificata, dando atto che a seguito di ciò, sia la Dirigenza sia il Comparto hanno raggiunto i propri obiettivi al 100 % (allegato n. 5);
- di sottoporre l'esito della presente rettifica, sebbene non rappresenti variazione dei criteri e dei principi esposti nella Relazione sulle Prestazioni e sui Risultati relativa all'anno 2016, all'Organismo Indipendente di Valutazione per dovuta conoscenza e completezza
- di pubblicare il presente atto sul sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente / Performance / Relazione sulla Performance.

La presente deliberazione è composta di n. 15 pagine di cui n. 3 di allegati.

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

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Maria Paola Corradi)





Azienda Regionale Emergenza Sanitaria
 UOD Controllo di Gestione
 Via Portuense, 240 - 00149 Roma
 Tel. 06 53082411
 E-mail: ebellani@ares118.it



6321

Roma, 13 luglio 2017

Al Dirigente UOS Qualità Aziendale
 e, p.c., Al Direttore Sanitario Aziendale

LORO SEDI

Oggetto: realizzazione obiettivi specifici della gestione 2016 - Verifica finale.

A seguito della pubblicazione della Relazione sulla Prestazione e sui Risultati anno 2016, ratificata con Deliberazione n. 450 del 7 luglio 2017, i Sig.ri Podestà e Carta hanno fatto presente alla scrivente, per le vie brevi, che la valutazione pari a 0 ottenuta nell'obiettivo n. 3, specifico per il comparto, a fronte di nessun report ricevuto:

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
MONITORAGGIO QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO	SUPPORTO PER L'ANALISI DELLE RICHIESTE PERVENUTE DALLE UOCC SUES	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELL'ATTIVITA' DI SOCCORSO		non risultano reports	0%

non rappresenterebbe realisticamente la situazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Dalla documentazione di rendicontazione al 31 dicembre 2016, trasmessa dalla S.V con nota n. 390 del 13 gennaio 2017, tuttavia, non era dato evincere alcun elemento comprovante l'avvenuta produzione di "reports trimestrali di valutazione dell'attività di soccorso".

Si ritiene opportuno precisare che la generica indicazione contenuta nella suscitata relazione in merito all'obiettivo del comparto "3) Effettuata come da dati sopra riportati", non può essere in alcun modo sufficiente a dimostrare l'esistenza di attività relativa all'obiettivo.

Si ritiene, altresì, probabile che la SV sia stata indotta in errore dall'identità dell'obiettivo affidato a dirigenza e comparto, tuttavia articolato in indicatori e valori budget completamente differenti, sui quali, pertanto, non è possibile procedere a rendicontazione per relationem.

La SV medesima ha, infatti, relazionato in merito all'obiettivo n. 2 della Dirigenza

Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	31 dicembre 2016	PUNTEGGIO
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%



attestando l'invio di "report valutativi in Direzione Sanitaria con protocollo 7661/16 e 12868/16 con analisi di 3.004 schede inviate ed interessante gli enti terzi nel numero di 1.112". In merito a tale dichiarazione, peraltro, la scrivente, nell'impossibilità di valutare e valorizzare personalmente l'attinenza e la coerenza di quanto prodotto con quanto richiesto, ha inoltrato specifica richiesta alla Direzione Sanitaria per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo de qua. In esito a tale richiesta, la Direzione Sanitaria ha valutato l'obiettivo raggiunto al 75 %.

Tutto ciò premesso, chiarite le ragioni alla base del punteggio attribuito, si rappresenta che per procedere alla rettifica del risultato dell'obiettivo n. 3 del comparto ed al conseguente ricalcolo del valore finale della scheda, la scrivente necessita dei richiesti report trimestrali di valutazione della qualità dell'attività di soccorso prodotti nell'anno 2016, o di conforme attestazione della Direzione Sanitaria.

Si rimane a disposizione per ogni ulteriore chiarimento ed in attesa di quanto richiesto per procedere alla rettifica.

IL DIRIGENTE
(Dott.ssa Elena Bellani)

pro memoria correzione delibera 450 2017 dott di domenica
 Da: Giuseppe Di Domenica
 Inviato: mercoledì 19 luglio 2017 10:41
 A: Elena Bellani
 Oggetto: R: pro memoria correzione delibera 450 2017

Fine validità: venerdì 18 agosto 2017 00:00

Con piacere aderisco alla tua richiesta :

il protocollo 7661/16	conteneva la relazione del	IV trimestre 2015
e I trimestre		
2016	(discusse nell'ambito del C.R.A.)	
il protocollo 12806/16	conteneva le relazioni del	II e
2016	III trimestre	
	(discusse nell'ambito del C.R.A.)	

totale 2016 n 4 relazioni complete

il protocollo 5084/17 conteneva le relazioni IV trimestre 2016

Sempre a disposizione

Peppe

Da: Elena Bellani
 Inviato: martedì 18 luglio 2017 9.30
 A: Giuseppe Di Domenica
 Cc: Direzione Sanitaria
 Oggetto: R: pro memoria correzione delibera 450 2017

Grazie, Peppe,
 ho bisogno, tuttavia, di qualcosa di più preciso, non della descrizione delle attività.
 L'indicatore è "report trimestrali di valutazione della qualità dell'attività di soccorso" - me ne aspetto 4 (o meno, purchè riferiti all'intero anno) relativi all'anno 2016 - o di conforme attestazione della Direzione Sanitaria.
 Ringrazia anche Luisa e Gianluca, che mi hanno mandato la corrispondenza relativa alle richieste dei monitoraggi.
 Non posso scendere nel dettaglio delle attività necessarie, non sono competente. Questo è il motivo per cui il target è la produzione di report e la loro esaustività ed attinenza viene valutata dalla Direzione Sanitaria.
 Attendo fiduciosa
 Buona giornata
 e

Da: Giuseppe Di Domenica
 Inviato: venerdì 14 luglio 2017 11:20

pro memoria correzione delibera 450 2017 dott di domenica
A: Elena Bellani
Oggetto: R: pro memoria correzione delibera 450 2017

Mandata la risposta nello stesso protocollo area note digitali.
Un caro saluto

Peppe

<image001.png>

Dott. Giuseppe di Domenica
UOS Qualità dei Processi

Via Portuense, 332
00149 Roma
Fisso Tel. +39.06 5308/2586/2565
Fax +39.06 5308/2564
Cell. +39.3346678176
E-mail: gdidomenica@ares118.it
PEC: qualita118@pec.ares118.it
WWW.ARES118.it

<image002.png>

ATTENZIONE! Questo documento è indirizzato esclusivamente al destinatario. Tutte le informazioni ivi contenute, compresi eventuali allegati, sono soggette a riservatezza secondo i termini del D.Lgs. 196/2003 in materia di "privacy" e ne è proibita l'utilizzazione da parte di altri soggetti. Se avesse ricevuto per errore questo messaggio, La preghiamo cortesemente di contattare il mittente al più presto e di cancellare il messaggio subito dopo. Grazie.

ACHTUNG! Dieses Dokument ist ausschlielich dem Empfaenger vorbehalten. Die darin enthaltenen Informationen, auch jene in etwaigen Anlagen, gelten im Sinne des Dekrets Nr. 196/2003 in Sachen "Privacy" als streng vertraulich und dürfen von anderen Personen nicht verwendet werden. Wer diese Mitteilung irrtmllicherweise erhdt ist gebeten uns umgehend zu informieren und anschliesend die Mitteilung zu vernichten. Vielen Dank.

WARNING! This e-mail and any files and attachments transmitted with it are confidential and may be legally privileged. They are solely for the use of the intended recipient. The content of this e-mail or any file attachment transmitted with it may have been changed or altered without

pro memoria correzione delibera 450 2017 dott di domenica
the consent of the author. If you are not the intended recipient of this e-mail,
you are hereby
notified that any review, dissemination, disclosure, alteration, printing,
circulation or transmission
of, or any action taken or omitted in reliance on this e-mail or any file or
attachment transmitted
with it is prohibited and may be unlawful. If you have received this e-mail in
error please notify
us at the address stated above. Thanks.

AU. 3

per direzione sanitaria pro memoria correzione delibera 450 2017
Da: Elena Bellani
Inviato: mercoledì 19 luglio 2017 14:13
A: Direzione Sanitaria
Cc: Amina Pasquarella
Oggetto: I: pro memoria correzione delibera 450 2017

Fine validità: venerdì 18 agosto 2017 00:00

Si inoltra la mail del Dott. Di Domenica, in merito alla quale ho necessità di conferma che i protocolli ivi citati si riferiscano precisamente a report di valutazione della qualità dell'attività di soccorso, per i periodi accanto a ciascuno indicati.
Ringraziando per la collaborazione
Cordiali saluti
eb

Da: Giuseppe Di Domenica
Inviato: mercoledì 19 luglio 2017 10:41
A: Elena Bellani
Oggetto: R: pro memoria correzione delibera 450 2017

Con piacere aderisco alla tua richiesta :

il protocollo 7661/16	conteneva la relazione del	IV trimestre 2015
e I trimestre		
2016	(discusse nell'ambito del C.R.A.)	
il protocollo 12806/16	conteneva le relazioni del	II e
2016	III trimestre	
	(discusse nell'ambito del C.R.A.)	

totale 2016 n 4 relazioni complete

il protocollo 5084/17 conteneva le relazioni IV trimestre 2016

Sempre a disposizione

Peppe

Da: Elena Bellani
Inviato: martedì 18 luglio 2017 9.30
A: Giuseppe Di Domenica
Cc: Direzione Sanitaria
Oggetto: R: pro memoria correzione delibera 450 2017

Grazie, Peppe,
ho bisogno, tuttavia, di qualcosa di più preciso, non della descrizione delle attività.
L'indicatore è "report trimestrali di valutazione della qualità dell'attività di soccorso" - me ne aspetto 4 (o meno, purchè riferiti all'intero anno) relativi all'anno 2016 - o di conforme

per direzione sanitaria pro memoria correzione delibera 450 2017
attestazione della Direzione
Sanitaria.

Ringrazia anche Luisa e Gianluca, che mi hanno mandato la corrispondenza
relativa alle richieste dei
monitoraggi.

Non posso scendere nel dettaglio delle attività necessarie, non sono competente.
Questo è il motivo per cui il
target è la produzione di report e la loro esaustività ed attinenza viene
valutata dalla Direzione Sanitaria.

Attendo fiduciosa

Buona giornata

e

Da: Giuseppe Di Domenica

Inviato: venerdì 14 luglio 2017 11:20

A: Elena Bellani

Oggetto: R: pro memoria correzione delibera 450 2017

Mandata la risposta nello stesso protocollo area note digitali.

Un caro saluto

Peppe

<image001.png>

Dott. Giuseppe di Domenica

UOS Qualità dei Processi

Via Portuense, 332

00149 Roma

Fisso Tel. +39.06 5308/2586/2565

Fax +39.06 5308/2564

Cell. +39.3346678176

E-mail: gdidomenica@ares118.it

PEC: qualita118@pec.ares118.it

WWW.ARES118.it



Azienda Regionale Emergenza Sanitaria
Direzione Sanitaria
Via Portuense, 240 – 00149 Roma
Tel. 06 5308.2327/2308 - Fax 06 5538.1486
E-mail: dirsan@ares118.it



Prot. 9061

ROMA 20/10/2017

Al Responsabile U.O.D. Controllo di Gestione
Dott.ssa E. BELLANI

Oggetto: obiettivi specifici anno 2016 – U.O.S. Qualità dei Processi

In riferimento all'oggetto, sulla base delle verifiche effettuate per il controllo del raggiungimento degli obiettivi attribuiti all'U.O.S. Qualità dei Processi, per l'anno 2016, si precisa quanto segue:

- l'obiettivo n. 2, "monitoraggio qualità schede di soccorso", attribuito al personale dirigente, è corrispondente, ancorché espresso in forma diversa, all'obiettivo n. 3 "monitoraggio qualità dell'attività di soccorso", attribuito al personale del comparto;
- i report trimestrali, previsti per il raggiungimento del comune obiettivo, sono pervenuti a questa Direzione con note prot. n. 7661/2016 (1° report); n.12868/2016 (2° e 3° report), n. 5084/2017 (4° report).

Per quanto sopra esposto, l'obiettivo si intende quindi raggiunto, sia per il personale dirigente che per il personale del comparto afferente alla U.O.S. in oggetto.

Cordiali saluti

Il Direttore Sanitario
Dott. *Domenico Antonio Ientile*

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 QUALITÀ CONTRATTO LAVANOLO	RECEPIMENTO E VERIFICA SCHEDE QUALITÀ CPSE	N. SEGNALAZIONI DI DIFFORMITÀ VERIFICATE/N. CONTENZAZIONI ALLA DITTA FORNITRICE = 1	COPIA AL CONTROLLO DI GESTIONE	nessuna "non conformità critica" segnalata	15%
2	25%	MONITORAGGIO QUALITÀ SCHEDE DI SOCCORSO	RECEPIMENTO E VERIFICA SCHEDE AZIENDALI E DI ENTI ESTERNI	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		4 reports	25,00%
3	20%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELLE SCHEDE DI SOCCORSO DEGLI ENTI ESTERNI CON CAMPIONAMENTO CASUALE	NUMERO CONTROLLI DI QUALITÀ = CONTROLLI ATTESI DA SISTEMA DI CAMPIONAMENTO CASUALE	ATTESTAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile acci	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%					100,00%	85%

OBIETTIVI SPECIFICI PER IL COMPARTO RUIOLO 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 QUALITÀ CONTRATTO LAVANOLO	EFFETTUAZIONE INTERVISTE TELEFONICHE AGLI OPERATORI SULLA QUALITÀ PERCEPITA	REPORT MENSILE	ATTESTAZIONE DEL RESPONSABILE UOS QUALITÀ	nessuna "non conformità critica" segnalata	25%
3	30%	MONITORAGGIO QUALITÀ DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO	SUPPORTO PER L'ANALISI DELLE RICHIESTE PERVENUTE DALLE UOCCOCSUES	REPORTS TRIMESTRALI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO		4 reports	30,00%
4	25%	PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (DELIBERAZIONE 242 DEL 25 MAGGIO 2016)	CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELLE SCHEDE DI SOCCORSO DEGLI ENTI ESTERNI CON CAMPIONAMENTO CASUALE	NUMERO CONTROLLI DI QUALITÀ = CONTROLLI ATTESI DA SISTEMA DI CAMPIONAMENTO CASUALE	RELAZIONE A RESPONSABILITÀ DELL'ANTICORRUZIONE	ok del responsabile acci	25%
	80%					100,00%	80%

Del n° 685 del 06 NOV. 2017

Copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Roma, li

07 NOV. 2017

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



Copia della presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale in data 07 NOV. 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 _____
al _____

07 NOV. 2017

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati



E' esecutiva dal 07 NOV. 2017

U.O.D. Affari Generali
Il Direttore

Dott.ssa Fulvia Casati

