



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ARES
118REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE n° 816 del 28 DIC. 2017

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

Codice settore proponente: CG 000 6 /2017

OGGETTO: **Approvazione del Piano delle Prestazioni e dei Risultati per il Triennio 2015 - 2017**

Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Guglielmo Di Balsamo

☒ FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)

Firma

Data 22/12/2017

Parere del Direttore Sanitario: Dott. Domenico Antonio Ientile

☒ FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE (vedi motivazioni allegate)

Firma

Data 22-12-2017

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

28 DIC. 2017

COMPILATO DALLA UOC PROPONENTE:



non comporta impegno di spesa

comporta impegno spesa come da tabelle sottostanti

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

Conto	Descrizione del Conto	Importo	Periodo di riferimento

Firma del Proponente

Data

22/12/2017

28 DIC. 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>

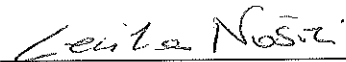
Data _____

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 Cecilia Nastri

Firma

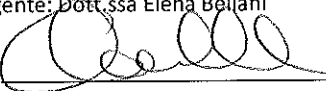


Data

22.12.2017

Il Dirigente: Dott.ssa Elena Bellani

Firma



Data

22.12.2017

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

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

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

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

- l'Atto Aziendale di diritto privato dell'ARES 118, adottato con Deliberazione n. 319 del 14.11.2014 e pubblicato sul BURL n. 32 – Supplemento 1 del 21.04.2015;

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

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

- la Legge Regionale 16 Marzo 2011, n. 1 recante "Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche";

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

VISTI i Decreti del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017, n. U00052 e 14 settembre 2017, n. U00412 concernenti l'adozione del Programma Operativo 2016 – 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario;

il Decreto del Commissario ad Acta 6 giugno 2017, n. U00214 recante "Definizione, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per gli anni 2016 – 2017";

VISTA

la seguente normativa in materia di Performance della CIVIT:

- ✓ Delibera n. 1/2012 recante le “Linee guida relativa al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della Performance”;
- ✓ Delibera n. 114/2010 recante le “Indicazioni applicative ai fini dell’adozione del sistema di misurazione e valutazione della performance (articolo 30, comma 3, del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)”;
- ✓ Delibera n. 112/2010 concernente la “Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance (art. 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150);

PREMESSO

che con il D. Lgs. n. 150/2009 il Legislatore ha definito “una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche intervenendo in materia di contrattazione collettiva, di valutazione delle strutture e del personale delle amministrazioni pubbliche, di valorizzazione del merito, di promozione delle pari opportunità, di dirigenza pubblica e di responsabilità disciplinare”;

che in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, le disposizioni definite nel D. Lgs. n. 150/2009 hanno la finalità di “assicurare elevati standard qualitativi ed economici del servizio tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale” (art. 2);

CONSIDERATO

che i suddetti principi sono stati recepiti con la Legge Regionale n. 1/2011, che all’art. 2 stabilisce che:

- ✓ “la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri”;
- ✓ “la misurazione e la valutazione della performance sono effettuate con riferimento all’amministrazione nel suo complesso, alle strutture e ai singoli dipendenti”;

PRESO ATTO

che l’art. 15 del D. Lgs. 150/2009 e l’art. 3 della L.R. n. 1/2011 stabiliscono che gli organi di indirizzo politico – amministrativo devono promuovere la cultura della responsabilità per il miglioramento delle prestazioni e dei risultati, del merito, della trasparenza e dell’integrità;

28 DIC. 2017

- che tutte le Amministrazioni Pubbliche, compresi gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei suddetti disposti normativi, devono sviluppare il Ciclo di gestione della prestazione e dei risultati (performance) in maniera coerente con i contenuti e con le fasi della programmazione economico – finanziaria e del bilancio;

- che le stesse devono adottare metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance organizzativa e individuale, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse dei destinatari dei servizi e degli interventi;

RILEVATO che l'art. 10 della citata Legge Regionale n. 1/2011 stabilisce che gli organi di indirizzo politico-amministrativo devono adottare "annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della prestazione e dei risultati, che, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio" individui "gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi", contemplando inoltre la possibilità di inserire all'interno del suddetto Piano, in corso di esercizio, le eventuali variazioni degli obiettivi e degli indicatori della prestazione e dei risultati organizzativi e individuali;

CONSIDERATO che l'art. 4 della L.R. n. 1/2011 stabilisce che il Ciclo di Gestione della prestazione e dei risultati (performance) si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- d) misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati organizzativi e individuali;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai dirigenti apicali nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi";

TENUTO CONTO che l'ARES 118, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente, intende sviluppare il Ciclo di gestione della performance al fine di migliorare la propria capacità di risposta alle esigenze dell'utenza esterna e interna anche attraverso il soddisfacimento della Mission Aziendale:

28 DIC. 2017

- che lo strumento che dà avvio al suddetto Ciclo è il Piano Triennale delle prestazioni e dei risultati (Performance);

RAVVISATA l'opportunità e la necessità di individuare gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'Azienda, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni e dei risultati (performance) di tutto il personale aziendale;

RITENUTO pertanto di approvare il Piano triennale delle prestazioni e dei risultati 2015 – 2017 ed in particolare il suo sviluppo per l'anno 2017, che allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante, prevedendone altresì la pubblicazione sul sito istituzionale.

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

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

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

IL DIRIGENTE UOD CONTROLLO DI GESTIONE

Dr.ssa Elena Bellani



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

VISTI

i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

28 DIC. 2017

DELIBERA

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

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

La presente deliberazione è composta di n. 86 pagine di cui n. 78 pagine di allegati.

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

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Maria Paola CORRADI)





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ARES
118**



**REGIONE
LAZIO**

PIANO TRIENNALE DELLE PRESTAZIONI E DEI RISULTATI ANNO 2015 – 2017

(Aggiornamento 2017)

PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano delle Prestazioni e dei Risultati (di seguito Piano della Performance), quale principale documento programmatico individuato dal Legislatore, rappresenta l'occasione per far conoscere agli utenti e a tutte le componenti dell'Azienda, il piano degli obiettivi che, nel corso del triennio di riferimento, in considerazione del contesto esterno ed interno l'Azienda si propone di perseguire. Inoltre costituisce un documento di programmazione triennale (a scorrimento annuale) previsto e disciplinato dall'art 10 comma 1 lettera a) del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, che deve essere predisposto dalle Aziende in ossequio al succitato Decreto ed all'art. 10 della Legge Regionale 16 maggio 2011, n. 1.

La Performance è il contributo che l'Azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi stabiliti in stretta relazione con la missione per la quale è stata costituita.

Il Piano è il documento programmatico triennale attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'ARES 118. I suddetti tre elementi, una volta individuati e definiti, vanno a costituire il fondamento su cui basare il Ciclo della Performance con la relativa misurazione, valutazione e rendicontazione delle prestazioni e dei risultati.

Il Piano contiene quanto necessario per garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 del D. Lgs. n. 150/2009.

L'Azienda, nel Piano, struttura l'Albero della Performance nel quale vengono definiti gli obiettivi strategici ed operativi che, attraverso le fasi del Ciclo della Performance vengono assegnati e negoziati con le articolazioni aziendali. Essendo un atto di programmazione di medio periodo, il Piano è modificabile, con cadenza annuale, in relazione a:

- obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;

- modifica della Struttura Organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda (Atto Aziendale).

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

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

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

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

- obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
- modifiche del contesto, interno ed esterno, di riferimento;
- modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento.

Con precedenti provvedimenti, l'Azienda ha adottato il Piano delle Prestazioni e dei Risultati per il triennio 2012 – 2014 ed i relativi aggiornamenti annuali, , il Piano Strategico 2014 – 2016 e l'Atto di Autonomia Aziendale, il Piano della Performance 2015 – 2017 ed i relativi aggiornamenti annuali.

INDICE

1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI ...	4
1.1 CHI SIAMO	4
1.2 COSA FACCIAMO	5
1.3 COME OPERIAMO	6
2. IDENTITA'	9
2.1 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	9
2.2 MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE	14
2.3 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	16
3. ANALISI DEL CONTESTO	19
3.1 IL CONTESTO ESTERNO	19
3.2 IL CONTESTO INTERNO	23
4. OBIETTIVI STRATEGICI	25
4.1 OBIETTIVI DA PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI 2016 – 2018	25
4.2 OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DI ORDINE SANITARIO	29
4.3 OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA'	31
4.3 GLI OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DI TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	32
5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI	34
5.1 GLI OBIETTIVI OPERATIVI	34
6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE	36
6.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DI REDAZIONE DEL PIANO	36
6.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO – FINANZIARIA E DI BILANCIO	37
6.3 COERENZA CON IL PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	37
7. ALLEGATI	38

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

1.1 CHI SIAMO

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

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

L'ARES 118 è una delle Aziende Sanitarie nelle quali si articola il Servizio Sanitario Regionale, ed è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico. Essa ha come obiettivo quello di garantire su tutto il territorio regionale:

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

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

Il territorio e la popolazione di riferimento dell'Azienda ARES 118 coincide, integralmente, con il territorio e la popolazione della Regione Lazio, suddiviso, operativamente, nelle province di Roma, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo, 378 comuni. Occupa una superficie di circa 17.232 Km² di cui il 54% caratterizzati da zone collinari, il 26% da zone montuose ed il restante 20% da pianure. Con 1.287,4 km², il comune di Roma, risulta il più esteso d'Italia e rappresenta ben lo 0,4% dell'intero territorio nazionale (fonte ISTAT).

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

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

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

1.2 COSA FACCIAMO

Il sistema di Emergenza-Urgenza extra-ospedaliero è pertanto articolato in Unità di Soccorso di Emergenza-Urgenza Sanitaria, a valenza provinciale, che a loro volta si articolano in una rete territoriale costituita da postazioni, la cui ubicazione viene determinata in funzione della densità abitativa, della rete stradale e della rete ospedaliera. Pertanto l'ubicazione delle postazioni è frutto di un processo dinamico ma che comunque resta vincolato al rispetto della tempistica di arrivo dei mezzi di soccorso.

Nella Regione Lazio, l'ARES 118 gestisce le fasi di allarme e di risposta di emergenza sanitaria territoriale attraverso n. 2 Centrali Operative Provinciali (Frosinone e Latina), n. 1 Centrale Operativa sovra-

provinciale (Rieti – Viterbo) e n. 1 Centrale Operativa Provinciale che copre, altresì, l'area di Roma Città Metropolitana, oltre al Servizio di Elisoccorso.

Le Centrali Operative dell'ARES 118 provvedono alla gestione delle chiamate del territorio di riferimento (provinciale, sovra provinciale), all'assegnazione del relativo livello di urgenza e all'invio sul posto dei mezzi di soccorso necessari. Le Centrali Operative coordinano le postazioni di soccorso che sono dislocate su tutto il territorio regionale e 220 mezzi di soccorso su ruota.

L'ARES 118 gestisce la Centrale di Ascolto del Servizio di Continuità assistenziale di Roma e Provincia nonché tutte quelle attività a valenza interprovinciale o interregionale, quali la ricerca di posto letto in area critica per i trasferimenti inter-ospedalieri in continuità di soccorso e l'utilizzo del mezzo ad ala rotante, il collegamento con le Regioni limitrofe per situazioni di catastrofe.

Il servizio di Elisoccorso è dedicato, principalmente, alle missioni collegate ad interventi di tipo primario (soccorso in emergenza extra-ospedaliera, con trattamento sul luogo dell'evento e trasferimento al presidio ospedaliero di riferimento), interventi di tipo secondario (trasferimento di paziente critico inter-ospedaliero in continuità di soccorso e non), interventi di soccorso nell'ambito di maxi-emergenze e grandi eventi.

L'ARES 118 riveste, inoltre, per mandato istituzionale, uno specifico ruolo nella vigilanza degli enti autorizzati al trasporto infermi e nell'accreditamento delle organizzazioni che operano nel sistema emergenza urgenza pubbliche e private. Nella sua funzione di governo del sistema dell'emergenza sanitaria territoriale, l'ARES 118 riferisce alla Regione e applica gli strumenti di programmazione e controllo a garanzia della qualità delle prestazioni del trasporto sanitario e dell'emergenza urgenza.

1.3 COME OPERIAMO

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

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.
- 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.

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. 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, tutte abilitate al volo notturno. 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.

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

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

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

2. IDENTITA'

2.1 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

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

Risorse Umane

Nell'Anno 2016 le risorse umane dell'ARES 118 sono complessivamente pari a 1.839 lavoratori, suddivisi tra dipendenti e collaboratori ex art. 7, comma 6, come riportato di seguito nella Tabelle n. 1, n. 2 e n. 3 e dai Grafici n. 1, n. 2 e n. 3.

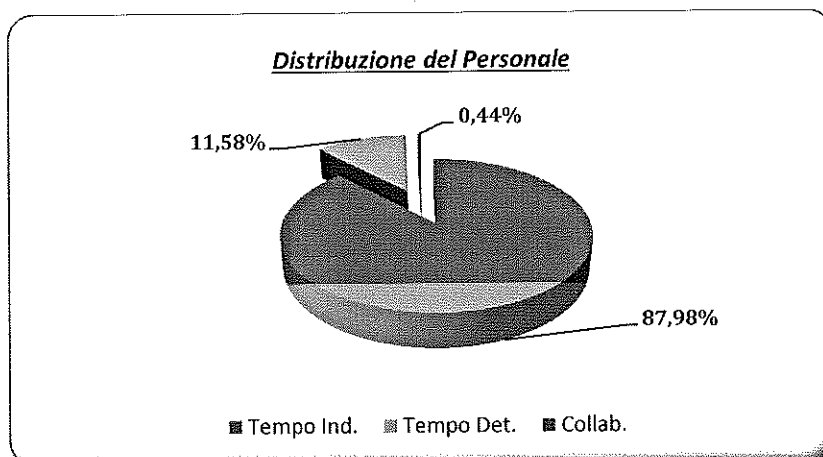
Tabella n. 1 – Distribuzione del Personale. Anno 2016

Ruolo	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Collaboratori ex art. 7 comma 6	Totale
Amministrativo	91	2		93
Professionale	1	0		1
Tecnico	831	111		942
Sanitario	695	100	8	803
Totale	1.618	213	8	1.839

Fonte Dati: Risorse Umane



Grafico n. 1 – Distribuzione del Personale. Anno 2016



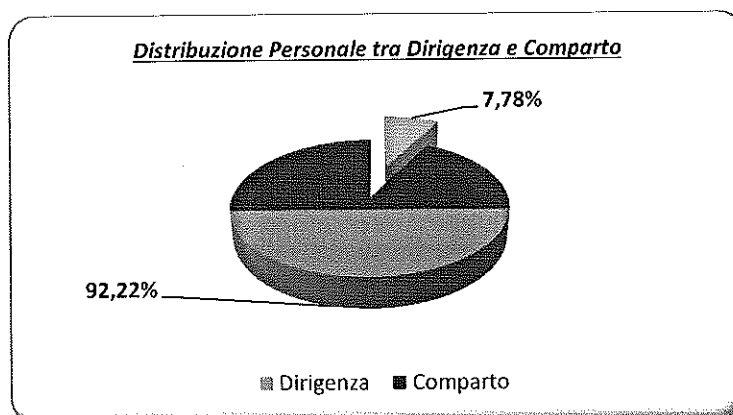
Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Tabella n. 2 – Distribuzione del Personale tra Dirigenza e Comparto. Anno 2016

Personale	Unità	Inc. %
Dirigenza	143	7,78%
Comparto	1.696	92,22%
Totale	1.839	100,00%

Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Grafico n. 2 – Distribuzione del Personale tra Dirigenza e Comparto. Anno 2016



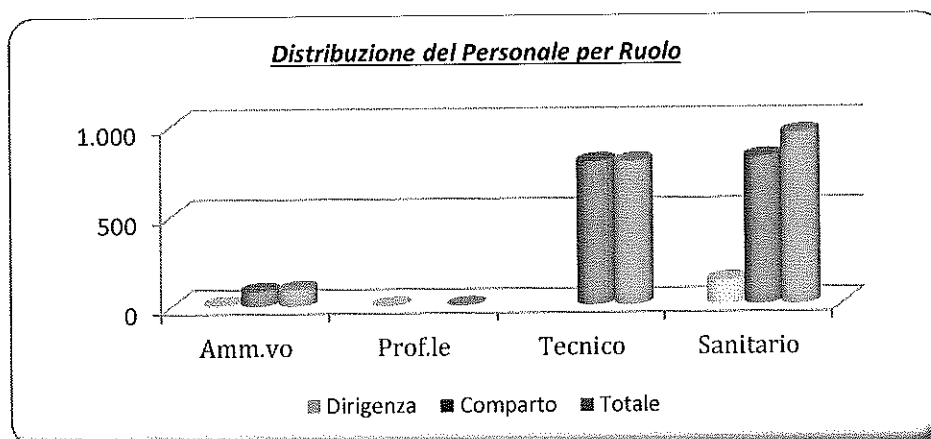
Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Tabella n. 3 – Distribuzione del Personale per Ruolo. Anno 2016

Ruolo	Dirigenza	Comparto	Totale
Amministrativo	9	84	93
Professionale	1		1
Tecnico		795	795
Sanitario	133	817	950
Totale	143	1.696	1.839

Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Grafico n. 3 – Distribuzione del Personale per Ruolo. Anno 2016



Fonte Dati: Governo Risorse Umane

Dati Strutturali

Centrali Operative

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

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

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

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

Postazioni

Al 31 dicembre 2016 le postazioni territoriali, presso le quali sono ubicati i mezzi di soccorso dell'Azienda, sono n. 163, suddivise per provincia, come semplificato nella Tabella n. 4. Si evidenzia che le CC.OO. di Viterbo e Rieti, benché ancora fisicamente distinte, sono funzionalmente accorpate in una Centrale Operativa unica.

Tabella n. 4 – Numero Postazioni

Provincia	Postazione
Roma	99
Viterbo - Rieti	29
Latina	20
Frosinone	15
Totale	163

Fonte Dati: Sistema Informativo

Mezzi di Soccorso

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

- mezzi di soccorso, articolati in automediche - AM, mezzi di soccorso avanzato - MSA e mezzi di soccorso di base- MSB;

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

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

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

Provincia	AM*	MSA*	MSB*	Totale
Roma Capitale	18	4	110	132
Viterbo - Rieti	7	2	27	36
Latina	5	0	24	29
Frosinone	6	0	21	27
Totale	36	6	182	224

Fonte Dati: Sistema Informativo

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

Dati di Attività

Tabella n. 6 - Attività di Soccorso

Provincia	Soccorsi	Missioni	Tempo Medio da Invio	Tempo Medio da chiamata
Roma	312.640	356.936	00:08:18	00:14:44
Latina	39.471	48.671	00:10:47	00:14:44
Frosinone	26.459	34.493	00:12:08	00:15:37
Viterbo	19.536	25.574	00:11:20	00:16:20
Rieti	12.791	15.992	00:12:48	00:18:05
Totale	410.897	481.666	00:09:09	00:15:04

Fonte Dati: Sistema Informativo

Tabella n. 7 – Soccorsi per Codice di Gravità per Centrale Operativa

Provincia	Rosso	Giallo	Verde	Bianco	Totale
Roma	40.586	207.756	60.542	3.756	312.640
Latina	5.504	29.154	4.790	23	39.471
Frosinone	4.704	19.323	2.407	25	26.459
Viterbo	1.428	11.149	6.862	97	19.536
Rieti	2.060	8.379	2.090	262	12.791
Totale	54.282	275.761	76.691	4.163	410.897

Fonte Dati: Sistema Informativo

2.2 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.

Mission

L'Azienda ARES 118 rappresenta una realtà di riferimento nazionale nella organizzazione dei servizi sanitari di emergenza territoriale e ha sviluppato un prezioso "know-how", in termini di modelli organizzativi e gestionali flessibili, capaci di adeguarsi ai diversi contesti di riferimento.

La Mission dell' ARES 118 è quella di garantire i massimi livelli di efficacia della risposta all'emergenza sanitaria territoriale, perseguendo gli obiettivi di salute stabiliti dalla Regione Lazio, nel rispetto dei vincoli

di bilancio, mediante l'impiego di modelli organizzativi e procedure operative che assicurino il più elevato grado di efficienza.

L'ARES 118 attua concretamente la sua "mission" mediante le seguenti linee principali di attività:

- gestione della fase di allarme sanitario;
- gestione della risposta extra-ospedaliera alle emergenze sanitarie, compresa quella neonatale;
- trasporto di sangue, organi ed equipe chirurgiche;
- trasporti in continuità di soccorso legati al primo intervento;
- trasporti secondari;
- raccordo con le attività svolte dai medici di medicina generale addetti alla continuità assistenziale.

Nell'esercizio delle suddette linee di attività, l'ARES 118 tende ad assicurare i Livelli Essenziali dell'Assistenza-LEA della risposta all'emergenza sanitaria, come qui di seguito indicati:

- omogeneità dell'organizzazione dei soccorsi;
- omogeneità del risultato del soccorso rispetto ai tempi di intervento;
- omogeneità del risultato del soccorso rispetto alle condizioni cliniche del paziente.

La recente riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, di cui al D.C.A n. U00259/2014 e n. U00368/2014, con la riconversione di diversi presidi in strutture a minore livello assistenziale, pone in capo ad ARES un incremento delle attività di trasporto in emergenza su tutto il territorio regionale, ancorché in maniera differenziata, e una concreta prospettiva di presa in carico anche del trasporto ordinario inter-ospedaliero.

Vision

L'ARES 118 riconosce la necessità di perseguire alcuni obiettivi che richiedono:

- sensibilità nel cogliere i bisogni emergenti della popolazione in materia di sicurezza sanitaria (emergenza) e continuità assistenziale (urgenza);
- elasticità nella gestione del servizio, che assicuri la necessaria rapidità nel cambiamento delle modalità e delle caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari.

L'attività dell'ARES 118 è dedicata alla persona, con i suoi bisogni di salute, nei cui confronti si svolgono tutte le pratiche di soccorso ed emergenza, nella logica della presa in carico del paziente in stato di salute

critico e nella consapevolezza che ognuno è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale, per il quale si devono fornire risposte personalizzate in base alle condizioni di salute.

L'Azienda, in linea con le indicazioni della Regione Lazio, si trova al centro delle Reti dell'Emergenza, delle quali deve assicurare la funzionalità, e anche al centro della Continuità Assistenziale, estendendo la sua azione anche alla più ampia area della Sicurezza della popolazione.

L'ARES 118 si propone di assicurare ai cittadini una risposta territoriale all'allarme sanitario che risponda alle seguenti caratteristiche di operatività:

- omogeneità di organizzazione, tempi di intervento e risultato
- in relazione alle condizioni cliniche;
- tempestività;
- affidabilità;
- essenzialità;
- adeguatezza;
- flessibilità;
- umanità;
- integrazione operativa.

L'ARES 118 ritiene di perseguire le suddette caratteristiche di attività attraverso l'applicazione del Codice Etico:

- arrivare prima degli altri;
- operare con umanità;
- comprendere il dolore degli altri;
- rispettare il paziente e i suoi familiari;
- tranquillizzare con la corretta informazione;
- la criticità delle situazioni non deve far venire meno il rapporto di umanizzazione, sempre alla base delle azioni da compiere.

2.3 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'Albero della Performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica

e integrata della performance dell'Azienda. L'Albero della Performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle principali dimensioni della performance.

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

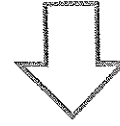
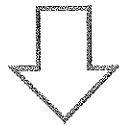
Per ciascuno di questi, vengono dettagliati l'indicatore ed il target. L'orizzonte temporale, ove non diversamente specificato, è l'anno 2017.



DOCUMENTI REGIONALI DI PROGRAMMAZIONE

Programmi Operativi 2016 –
2018D.C.A. n. U00052/2017 e
n. U00412/2017 e ss.mm.ii.

Progetto Regionale Telemed

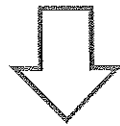
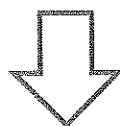
Percorsi attuativi della
Certificabilità (PAC)Nota Commissario ad Acta
n. U.541058/2017 –
Indicatore Tempestività
PagamentiObiettivi Contrattuali Generali
di mandato del Direttore
GeneraleObiettivi Contrattuali di Salute
e Funzionamento dei Servizi -
D.C.A. n. U00214/2017

ESIGENZE STRATEGICHE AZIENDALI

Piano Triennale di
Trasparenza e
Anticorruzione 2017 –
2020 Deliberazione n.
58/2017Piano Annuale di Risk
Management
Deliberazione n.
71/2017Obiettivi Direttori
Sanitario e
Amministrativo
Determina n.
114/2017Programmazione
Aziendale: Obiettivi
2017
Del. n. 661/2017 e
Det. n. 137/2017Revisione modelli e
procedure

Prevenzione e protezione

LEA e flussi ministeriali



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

3. ANALISI DEL CONTESTO

Nel procedere alla definizione del presente Piano della Performance è necessario approfondire il contesto in cui opera l'Azienda, ovvero quello esterno con particolare riferimento al quadro normativo nazionale e regionale e all'analisi del territorio in termini ambientali, demografici e sanitari e quello interno rappresentato dall'organizzazione aziendale.

3.1 IL CONTESTO ESTERNO

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

Contesto Normativo

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

In particolare il contesto normativo alla base del Piano è rappresentato dai seguenti riferimenti normativi:

- *Programmi Operativi 2016 – 2018*, approvati con i D.C.A. n. U00052 del 22 febbraio 2017 e n. U00412 del 14 settembre 2017;
- *nota prot. U541058 del 25.10.2017* con la quale la Regione Lazio ha fornito l'indicatore di tempestività dei pagamenti ai sensi del DPCM 22 settembre 2014;
- *Decreto del Commissario ad Acta 6 giugno 2017, n. U00214* di assegnazione degli obiettivi anni 2016 e 2017 ai Direttori Generali;
- *Legge 11 dicembre 2016, n. 302* concernente il Bilancio di Previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e il Bilancio Pluriennale 2017 – 2019;
- *Progetto Regionale Telemed*, che prevede la trasmissione dei tracciati elettrocardiografici dei pazienti con sindrome coronarica acuta ad un centro unico di teleconsulto cardiologico Regionale (CTR);
- *Percorsi Attuativi per la Certificabilità (PAC)* riformulati e da ultimo approvati con D.C.A. 11 ottobre 2016, n. U00311;

- *Regolamento generale per la liquidazione del fatturato passivo*, approvato con deliberazione 12 luglio 2016 n. 124;
- *Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i. concernente la “Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*;
- *Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118* concernente le “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge n. 42/2009”;
- *Legge Regionale 16 marzo 2011, n. 1* concernente le “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche”;
- *Decreto Legislativo n. 27 ottobre 2009, n. 150* concernente l’“Attuazione della Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.
- *Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74* recante “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124.

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

Per l'ARES 118, le evidenze scientifiche di riferimento e i vincoli di tipo finanziario hanno contribuito a far ripensare il modello assistenziale del Sistema di Emergenza – Urgenza e ad orientarlo alla gestione tempestiva ed efficace del paziente critico all'interno di Reti integrate tra territorio ed ospedali, di tipo

hub & spoke. In questo modello, l'ARES 118 diventa l'interconnessione funzionale tra le strutture delle Reti per garantire:

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

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

Contesto Ambientale e Demografico

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

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

Per quanto attiene la popolazione di riferimento, la popolazione residente della Regione Lazio è di quasi 6.000.000 di abitanti (Fonte ISTAT), a cui si aggiunge la popolazione che a vario titolo transita nella regione e nella città di Roma *in primis*, ove è necessario considerare la presenza turistica (determinata in via approssimativa in una popolazione equivalente/giorno pari a circa 155.000 unità), gli studenti fuori sede dei sei atenei romani, la collocazione delle amministrazioni e organi centrali dello Stato e delle rappresentanze diplomatiche degli stati esteri, come riportato di seguito nelle Tabelle n. 8 e n. 9.



Tabella n. 8 – Distribuzione Popolazione per Provincia. Dato al 01.01.2017

Provincia	Maschi	Femmine	Totale Popolazione
Roma*	2.088.283	2.265.455	4.353.738
Latina	283.782	291.109	574.891
Frosinone	241.594	251.473	493.067
Viterbo	155.577	163.431	319.008
Rieti	77.640	79.780	157.420
Totale	2.846.876	3.051.248	5.898.124
* La popolazione di Roma aumenta di circa 22.5 milioni / anno di unità per flussi turistici e non residenti, con una media di presenza di 2.5 giorni.			

Fonte Dati: ISTAT

Tabella n. 9 – Popolazione e Territorio. Dato al 01.01.2017

Provincia	Popolazione	Estensione Km ^q	Densità Popolazione Pop/Kmq
Roma*	4.353.738	5.381	809,09
Latina	574.891	2.250	106,84
Frosinone	493.067	3.244	219,14
Viterbo	319.008	3612	98,34
Rieti	157.420	2.749	57,26
Totale	5.898.124	17.236	342,20
Popolazione equivalente = 22.5M * 2.5g / 365 = 154.109			

Fonte Dati: ISTAT

3.2 IL CONTESTO INTERNO

Organizzazione

La Direzione Strategica

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda e, in quanto Responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i Responsabili delle Strutture Operative. E', inoltre, coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da lui nominati.

Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario costituiscono la Direzione Aziendale che assicura la Direzione Strategica dell'ARES 118 attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario partecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri), alla gestione dell'Azienda.

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

La Struttura Organizzativa

Con deliberazione n. 319 del 14 novembre 2014 è stato approvato l'Atto di Autonomia Aziendale, approvato dalla Regione Lazio con D.C.A. n. U00110 del 19 marzo 2015. Da tale momento, perciò, ci si riferisce alle Strutture presenti nel nuovo Atto Aziendale, o meglio, a quante tra queste abbiano ricevuto pronta e piena realizzazione, in attesa delle risorse necessarie alla sua completa attuazione.

Dal punto di vista organizzativo, il nuovo Atto Aziendale definisce la risposta alle indicazioni programmatiche regionali in termini di articolazioni aziendali, di azioni di razionalizzazione e di sviluppo degli assetti strategici dell'Azienda, definendone altresì le linee di responsabilità, con l'obiettivo di dotare l'Azienda di un disegno decisionale chiaro, tempestivo ed efficace da realizzare mediante il decentramento operativo e l'autonomia delle singole unità operative, bilanciati dalla centralizzazione delle funzioni di coordinamento, programmazione e controllo.

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

- **Funzioni di Staff** (Trasparenza, Privacy e Anticorruzione, Risk Management, Qualità, Accreditamento e Vigilanza, Controllo di Gestione, Formazione e Ricerca, Psicologia, Prevenzione e Protezione);
- **Funzione in line Amministrative** (Gestione Ricorse Umane, Affari Generali, Patrimonio e Gestione Risorse Immobiliari e Tecnologiche, Contabilità e Bilancio, Acquisizione e Gestione Beni e Servizi);
- **Funzioni in line Sanitarie** (Direzione Medica Organizzativa, Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale, Maxi – Emergenze, S.U.E.S. Roma – Città Metropolitana, S.U.E.S. Rieti e Viterbo, S.U.E.S. Frosinone, S.U.E.S. Latina, S.U.E.S. Elisoccorso, Centrale d'Ascolto di Continuità Assistenziale).

Contesto Normativo

Oltre al contesto normativo esterno, rappresentato dalle disposizioni emanate a livello regionale e/o nazionale riportate nel paragrafo 3.1, bisogna tener conto anche delle disposizioni emanate a livello aziendale che vengono di seguito riportate:

- *deliberazione n. 58 del 31 gennaio 2017* avente ad oggetto “Aggiornamento del Piano Triennale di Trasparenza e Anticorruzione 2017 – 2019”;
- *deliberazione n. 71 del 9 febbraio 2017* avente ad oggetto “Piano Annuale di Risk Management (PARM) per l'anno 2017”;
- *deliberazione n. 661 del 25.10.2017* avente ad oggetto “Programmazione Strategica Aziendale – Obiettivi specifici della gestione per l'anno 2017”;
- *determinazione n. 114 del 20 settembre 2017* avente ad oggetto “Affidamento perseguimento obiettivi del DG ex D.C.A. n. U00214 del 6 giugno 2017 al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo Aziendali – Anno 2016 e 2017”;
- *determinazione n. 137 del 30 ottobre 2017* avente ad oggetto “Integrazione deliberazione 661 del 25 ottobre 2017 avente ad oggetto Programmazione Strategica Aziendale – Obiettivi specifici della gestione per l'anno 2017”.

Valori

Di seguito si riportano i valori dell'ARES 118

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

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

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

Qualità delle cure - Prestare massima attenzione alla qualità delle cure perseguendo con determinazione l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Introdurre nella gestione corrente, ad ogni livello di responsabilità, i principi del miglioramento continuo della qualità.
Consolidare la realizzazione di un sistema di indicatori orientato alla valutazione delle prestazioni offerte e alla verifica dei risultati raggiunti.

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

4. OBIETTIVI STRATEGICI

4.1 OBIETTIVI DA PROGRAMMI OPERATIVI REGIONALI 2016 – 2018

Con i D.C.A. n. U00052 del 22 febbraio 2017 e n. U00412 del 14 settembre 2017, la Regione Lazio ha definito, quale principale obiettivo da realizzare nel corso del Triennio 2016 - 2018, il consolidamento del percorso di innovazione e di miglioramento dei servizi, nel rispetto dell'equilibrio economico – finanziario, al fine di consentire il pieno superamento di quelle condizioni economico – finanziarie e di criticità nell'erogazione dei LEA che hanno portato la Regione Lazio in Piano di Rientro prima e al commissariamento poi. In questa ottica i Programmi Operativi 2016 – 2018 si configurano sia come il

logico completamento e/o consolidamento degli interventi già previsti dai precedenti Programmi Operativi 2013 – 2015 sia come lo sviluppo di nuove azioni non precedentemente previste.

I principi a cui i Programmi Operativi 2016 - 2018 fanno riferimento sono i seguenti:

- perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno;
- perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno;
- promuovere unitarietà e coesione del SSR in una logica di integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti;
- garantire reali recuperi di efficienza come principi dell'organizzazione del SSR;
- rafforzare le attività di controllo delle prestazioni in una logica di miglioramento degli esiti di salute della popolazione trattata;
- conferire alle Aziende Sanitarie Locali ulteriori strumenti per rinforzare la loro funzione di programmazione locale e di committenza;
- qualificare ed arricchire le competenze dei professionisti del SSR anche attraverso una loro maggiore responsabilizzazione, come garanzia per la qualità delle prestazioni;
- promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico;
- valorizzare gli aspetti di umanizzazione dell'assistenza, sottolineando l'importanza del rapporto relazionale in ogni contatto tra l'assistito e il sistema sanitario, e promuovendo le competenze dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute;
- valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane anche in considerazione dell'unificazione della gestione del trattamento dei dati del personale centrale e periferico, tramite il Sistema informativo realizzato dal Dipartimento dell'amministrazione generale (DAG) del Ministero dell'economia e delle finanze, denominato NoiPA;
- sviluppare le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie, con il presupposto che le condizioni di salute della popolazione sono determinate sia da fattori sanitari che non sanitari;

- riequilibrare i livelli assistenziali a favore di interventi indirizzati alla prevenzione e alla sanità di iniziativa per la presa in carico di gruppi 9 particolarmente fragili, anche attraverso la realizzazione di setting erogativi a elevato contenuto di appropriatezza organizzativa;
- ricondurre gli ospedali per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità, assicurando la separazione fra percorso dell'emergenza e quello dell'elezione;
- individuare gli interventi per il contenimento delle liste d'attesa, con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori;
- migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva;
- utilizzare gli accordi contrattuali ed i protocolli di intesa con i soggetti erogatori come strumenti per determinare tipologie e volumi delle prestazioni e delle funzioni rispetto ad un budget definito;
- impostare una politica per i sistemi di remunerazione idonea a raggiungere gli obiettivi della programmazione dell'offerta, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni;
- rafforzare il governo regionale dell'acquisizione di beni e servizi rispondente ad esigenze di controllo della spesa e salvaguardia della qualità con economie di scala ottenibili tramite l'ulteriore centralizzazione degli acquisti e l'utilizzo di metodologie di tecnologie di Technology Assessment a supporto delle decisioni allocative e la centralizzazione degli acquisti;
- configurare il percorso dell'accreditamento, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione; identificando come elementi di innovazione la valutazione dei processi di accreditamento di funzioni specifiche e/o di percorsi di assistenziali;
- rafforzare i sistemi informativi come strumenti per la programmazione sanitaria ed il monitoraggio dello stesso Programma Operativo.

In linea con quanto previsto dai citati Decreti, gli obiettivi da perseguire sono:

- miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni, che si articola nei seguenti sotto-obiettivi:

- ✓ l'attivazione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR;
 - ✓ la certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR;
 - ✓ il completamento del sistema regionale di contabilità analitica;
 - ✓ la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori;
 - ✓ la ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende.
- sistema del budget assunzionale aziendale per il reclutamento del personale;
 - gestione dei fondi contrattuali: monitoraggio della consistenza dei fondi al 31.12;
 - approvvigionamento beni e servizi, attraverso il ricorso alla centralizzazione delle procedure di acquisto;
 - patrimonio immobiliare e tecnologico, finalizzato al completamento del percorso di adeguamento degli immobili alla normativa vigente e all'ammodernamento e implementazione del parco tecnologico in uso;
 - sistemi informativi, attraverso la realizzazione e l'avvio in esercizio del sottosistema informatico di supporto all'emergenza sanitaria (118 e DEA/PS);
 - riorganizzazione del nuovo assetto della rete emergenza, attraverso i seguenti sotto – obiettivi:
 - ✓ completamento delle attività di centralizzazione ad ARES dei trasporti secondari su tutto il territorio regionale;
 - ✓ consolidamento del servizio di elisoccorso con l'estensione in h 24 della base HEMS di Viterbo;
 - ✓ potenziamento del servizio di elisoccorso, con l'identificazione di ulteriori punti di atterraggio in h 24 in ottemperanza al Regolamento Europeo n. 965 dello 05/10/2012 recepito con legge regionale n. 11 del 24/11/2014;
 - ✓ affidamento ad ARES 118 dei trasporti di organi ed equipe connessi alle attività trapiantologiche in linea con quanto previsto dal DCA n. U00433 del 16/09/2015;
 - ✓ completamento della riorganizzazione della continuità assistenziale, con riduzioni del numero delle centrali di ascolto attive entro gli standard previsti dall'Accordo Stato-Regione del 7 febbraio 2013 pari a 5 su base provinciale, ed integrazione funzionale con le attività di ARES 118;
 - ✓ avvio di Sistema Gestione Posti Letto nei reparti di area critica;



- ✓ estensione all'intero territorio regionale del sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico da parte dei mezzi di soccorso di ARES 118, in modo da garantire una centralizzazione primaria dei pazienti con infarto STEMI presso le strutture della rete cardiologica regionale dotate di emodinamica per l'effettuazione di angioplastica primaria.

4.2 OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DI ORDINE SANITARIO

Al fine di garantire un'efficace e adeguata realizzazione delle linee di intervento previste dai nuovi Programmi Operativi 2016 – 2018, si è resa opportuna una fase di analisi delle azioni poste in essere dalle Aziende a chiusura dei Programmi Operativi 2013 – 2015, indispensabile per procedere ad un aggiornamento degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali in coerenza con le indicazioni contenute nei nuovi Programmi Operativi e con i nuovi obiettivi contrattuali. Successivamente con il D.C.A. n. U00214 del 06 giugno 2017 sono stati definiti ed assegnati ai Direttori Generali gli obiettivi di salute e di funzionamento di ordine sanitario per gli anni 2016 e 2017.

In relazione al succitato Decreto, gli obiettivi per l'Anno 2017 da perseguire sono:

- *Dotazione strumentale e servizi*, articolato nei seguenti tre sub – obiettivi:
 - ✓ Servizio Attività Trapiantologica;
 - ✓ Copertura punti di atterraggio;
 - ✓ Servizio di trasporto secondario;
- *Rete e Continuità Assistenziale*, articolato nei seguenti tre sub – obiettivi:
 - ✓ Inserimento nel sistema di monitoraggio informatico delle strutture ospedaliere;
 - ✓ Attivazione servizio STAM;
 - ✓ Accorpamento delle Centrali di Ascolto;
- *Patrimonio Immobiliare e Tecnologie Sanitarie*, articolato nei seguenti due sub – obiettivi:
 - ✓ Attuazione interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti d'investimento specificatamente assegnate;
 - ✓ Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi;
- *Gestione Personale*;
- *Appropriatezza Farmaceutica*.

Facendo seguito al succitato D.C.A. n. U00214/2017 di definizione dei criteri e delle procedure di valutazione delle attività dei Direttori Generali delle Aziende del SSR e di assegnazione ai medesimi degli obiettivi per gli anni 2016 e 2017, con determinazione n. 114 del 20 settembre 2017 gli obiettivi definiti per l'ARES 118 sono stati declinati, in base all'area di competenza, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo. Si riporta di seguito la Tabella n. 10 delle Aree Tematiche relative all'Anno 2017.

Tabella n. 10 – Declinazione Obiettivi 2017 al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo

Obiettivo	Sub - Obiettivo	Competenza
1. Mezzi di Soccorso e Servizi	1.1 - Servizio Attività Trapiantologica	Direttore Sanitario
	1.2 - Copertura punti di atterraggio elisoccorso	Direttore Sanitario
	1.3 - Servizio di trasporto secondario	Direttore Sanitario
2. Reti e Continuità Assistenziale	2.1 - Inserimento nel sistema di monitoraggio informatico delle Strutture Ospedaliere di rete emergenza	Direttore Sanitario
	2.2 - Attivazione servizio STAM	Direttore Sanitario
	2.3 - Centrali di Ascolto	Direttore Sanitario
3. Patrimonio Immobiliare e Tecnologie Sanitarie	3.1 - Attuazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale o con altre fonti ad investimento specificatamente assegnate	Direttore Amministrativo
	3.2 - Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi	Direttore Amministrativo
4. Gestione Personale	4.1 - Dotazioni Organiche	Direttore Sanitario/ Direttore Amministrativo
5. Appropriatelyzza Farmaceutica	5.1 - Adempienza trasmissione flussi informativi	Direttore Sanitario/ Direttore Amministrativo

Fonte dati: Controllo di Gestione

4.3 OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA'

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)
- D. Area Immobilizzazioni
- E. Area Rimanenze
- F. Area Crediti e Ricavi
- G. Area Disponibilità Liquide
- H. Patrimonio Netto
- I. Area Debiti e Costi

4.3 GLI OBIETTIVI DEL PIANO TRIENNALE DI TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

Prevenzione della Corruzione

Con la Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i., sono state introdotte nell'ordinamento italiano le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", prevedendo un sistema organico articolato su due livelli: nazionale e decentrato. A livello nazionale, il ruolo principale è svolto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), che contiene gli obiettivi strategici per lo sviluppo della strategia della prevenzione a livello centrale e fornisce indirizzi e supporto alle Amministrazioni Pubbliche per l'attuazione della prevenzione della corruzione. A livello decentrato, ogni Pubblica Amministrazione definisce annualmente il proprio Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) che, sulla base delle indicazioni contenute nel PNA, rappresenta il documento programmatico e dinamico fondamentale per la strategia di prevenzione e contrasto della corruzione all'interno dell'Amministrazione stessa.

Con deliberazione n. 58 del 31 gennaio 2017, l'Azienda ha approvato l'aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2017 – 2019. Nel corso delle attività di aggiornamento del suddetto Piano, alla luce della avvenuta riorganizzazione amministrativa avvenuta nel corso del 2016 e dell'analisi del contesto esterno, oltre all'analisi delle misure di prevenzione individuate con il precedente PTPC, sono stati oggetto di mappatura del rischio ulteriori processi, nonché sono state individuate le ulteriori misure di prevenzione, per le quali si rimanda all'Allegato 2 – Tabella Registro dei Rischi del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017 – 2019.

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 nell'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.

Trasparenza

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i., ha individuato nella trasparenza uno degli strumenti principali di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione, soprattutto con riferimento a tutte quelle attività a maggior rischio di corruzione. In attuazione della delega contenuta nella sopra citata legge, il Governo ha adottato il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (c.d. Testo Unico sulla Trasparenza).

Il Testo Unico sulla Trasparenza ha ulteriormente sottolineato il concetto di trasparenza intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni, evidenziando la finalità di realizzare una amministrazione pubblica aperta e al servizio del cittadino. In tale ottica ha disposto la creazione di una sezione sul sito istituzionale denominata "Amministrazione trasparente" ed ha implementato il sistema di controlli e sanzioni sull'attuazione delle norme in materia di trasparenza.

L'ARES 118, nella piena convinzione che la trasparenza rappresenti la misura fondamentale per contrastare i fenomeni corruttivi come definiti dalla Legge n. 190/2012, intende realizzare una effettiva e quanto più possibile soddisfacente accessibilità per tutti i cittadini e per chiunque ne abbia interesse alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività espletata.

In attuazione delle disposizioni contenute nel D. Lgs. n. 33/2013, a seguito delle modifiche apportate dal D. Lgs. n. 97/2016, a partire dal Triennio 2017 – 2019 il Programma Aziendale della Trasparenza è compreso nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione. Inoltre, l'ARES ha provveduto ad accorpare i distinti incarichi di Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione in capo al medesimo soggetto. Le azioni nello stesso individuate quali atte a garantire all'Azienda un elevato livello di trasparenza coinvolgono tutte le strutture aziendali e sono state tradotte anch'esse, al pari degli adempimenti relativi ai rischi di corruzione, tra gli obiettivi specifici.

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

Per l'Anno 2017 si riportano di seguito gli obiettivi del Piano Triennale di Trasparenza della Prevenzione della Corruzione, rinviando l'approfondimento degli stessi al relativo Piano:

- Predisposizione del Piano Formativo Aziendale per il triennio 2017-2019 al fine di individuare i progetti formativi per le aree maggiormente a rischio;
- Patti di integrità tra l'ARES 118 e gli operatori economici partecipanti alle procedure di affidamento contrattuale;
- Adozione di Protocolli che disciplinano le competenze e responsabilità del DEC;
- Adozione di Regolamenti che disciplinano la designazione della commissione di gara;
- Obblighi di pubblicazione, così come individuati e disciplinati dall'Allegato 3 del summenzionato Piano;
- Regolamento varie forme di accesso, così come previsto dal D.Lgs. n. 97/2016;
- Dichiarazioni previste nella Tabella A del Piano Triennale di Trasparenza della Prevenzione della Corruzione.

5. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

La Direzione Strategica realizza la pianificazione e la conseguente programmazione attraverso il Piano Triennale della Performance a cui è correlato il Processo di Budget. Tali documenti tengono conto del contesto esterno ed interno dell'Azienda: in particolare le disposizioni contenute nei Piani Operativi Regionali, nei Decreti Commissariali (tra cui anche quello di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali) e nella Mission propria dell'Azienda.

Attraverso il Piano della Performance, l'Azienda si prefissa lo scopo di dare concreta applicazione al Processo di responsabilizzazione, individuando gli obiettivi ed i relativi indicatori sulla base dei quali responsabilizzare il personale dirigente e di comparto. Tale Processo è stato concepito nell'ottica di consentire modifiche ed integrazioni, qualora si dovessero rendere necessarie od anche solo opportune e, sulle quali sarà sempre garantita la massima trasparenza.

5.1 GLI OBIETTIVI OPERATIVI

Nell'ambito del Piano della Performance è previsto un processo di distribuzione a cascata degli obiettivi, che parte dall'individuazione delle Aree Strategiche all'interno delle quali vengono individuati gli obiettivi strategici di medio - lungo periodo e che prosegue con la definizione degli obiettivi operativi di breve periodo – di durata annuale – con il collegamento di questi ultimi al sistema di indicatori. In tale processo

vengono anche individuati i criteri in base ai quali si procede alla misurazione e alla valutazione della performance dell'Azienda.

Gli obiettivi operativi devono, pertanto, essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla Mission Aziendale, al Piano di Rientro Aziendale e alle altre strategie dell'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- riferibili ad un arco temporale determinato, preferibilmente annuale;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard regionali e nazionali, nonché da comparazione con Aziende analoghe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'Azienda, con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici, l'ARES, con deliberazione n. 661 del 25 ottobre 2017 e determinazione n. 137 del 30 ottobre 2017, 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 2017.

Nel dettaglio con la deliberazione n. 661 del 25 ottobre 2017 si è provveduto a definire ed affidare obiettivi strategici ed operativi alla Dirigenza ed al comparto delle diverse articolazioni aziendali. Successivamente con la determinazione n. 137 del 30 ottobre 2017 agli obiettivi come sopra richiamati, si è stato aggiunto l'obiettivo di cui alla nota del Commissario ad Acta prot. n. U541058 del 25 ottobre 2017, di riduzione dello stock di fatturato non liquidato. A tale obiettivo è stata attribuita valenza pregiudiziale, in altre parole, il raggiungimento dello stesso costituisce condizione necessaria per la valutazione e la valorizzazione degli obiettivi operativi. Infine viene confermata, anche per l'anno 2017, 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.

6. IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Il Ciclo di Gestione della Performance è lo strumento attraverso il quale la Direzione Strategica, in qualità di organo politico aziendale, definisce per ogni struttura organizzativa gli obiettivi e le relative risorse al fine di garantire l'attuazione della programmazione e della pianificazione aziendale definite nel Piano della Performance.

L'Azienda intende avviare il Ciclo di Gestione della Performance in coerenza con le disposizioni Regionali, con il Bilancio di Previsione e con la Mission Aziendale, proseguendo i percorsi già posti in essere e consolidando la performance ed il livello raggiunti negli anni precedenti.

6.1 FASI, SOGGETTI E TEMPI DI REDAZIONE DEL PIANO

Il Piano ed il Ciclo di Gestione della Performance sono orientati al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda nonché alla crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli operatori e dalle Unità Operative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati dell'Azienda e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

La gestione della Performance coinvolge tutti gli operatori aziendali, ciascuno in relazione al ruolo ricoperto, in base a tale struttura a cascata degli obiettivi:

- Obiettivi regionali;
- Obiettivi strategici aziendali;
- Obiettivi operativi aziendali;
- Obiettivi delle Strutture Organizzative.

Attraverso tale struttura, i responsabili delle diverse articolazioni aziendali possono individuare le priorità, le attività da realizzare, gli obiettivi da delegare al proprio personale ed il comportamento atteso da parte di tutti gli operatori.

Il Ciclo di Gestione della Performance è sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con la programmazione economica prevista dal Bilancio di Previsione e si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della Performance organizzativa ed individuale;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, all'Organismo Indipendente di Valutazione, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

6.2 COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO – FINANZIARIA E DI BILANCIO

Il Piano della Performance, oltre ad individuare gli obiettivi strategici ed operativi da realizzare, prevede anche una stretta correlazione tra gli obiettivi e le risorse a disposizione per il raggiungimento degli stessi. Sia il D. Lgs. n. 150/2009 sia la L.R. n. 1/2011 prevedono in tal senso quanto disciplinato in termini di responsabilizzazione degli operatori aziendali, dal momento che qualunque negoziazione di obiettivi venga realizzata e, a qualunque livello gerarchico avvenga, deve essere legata alla quantità e qualità di risorse messe a disposizione per la loro realizzazione.

L'ARES 118, in tal senso, ha predisposto e approvato con deliberazione n. 526 dell'11 agosto 2017 il proprio Bilancio di Previsione Anno 2017 nel rispetto dei principi e delle direttive nazionali e regionali di riferimento (Legge di Stabilità n. 302/2016, Legge n. 135/2012 e D.Lgs. n. 118/2011).

6.3 COERENZA CON IL PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Al fine di rispettare quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 150/2009, nella L.R. n. 1/2011, nel D.L. n. 33/2013 e dal D.Lgs. n. 97/2016 ed al fine di armonizzare il Piano Triennale della Performance e il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) Aziendali e nell'ottica di una progressiva e costante integrazione dei suddetti documenti, nonché dei processi ad essi collegati, nel presente Piano Triennale della Performance, sono individuati specifici obiettivi relativi alla trasparenza e all'integrità dell'azione amministrativa, nonché obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione.

L'aggiornamento del PNA pone particolare attenzione alla definizione del fenomeno corruttivo, inteso non solo con un'accezione più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse. Anche la Trasparenza dell'azione amministrativa è ritenuta nel PNA uno degli assi portanti della politica anticorruzione, così come previsto dalla normativa vigente. Essa è fondata su obblighi di pubblicazione previsti per legge ma anche su ulteriori misure di trasparenza che ogni Ente, in ragione delle proprie caratteristiche strutturali e funzionali, dovrebbe individuare in coerenza con le finalità della normativa.

Infatti, e ferma convinzione dell'ARES 118 che l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza debbano essere concepite non come adempimento a se stante, ma come una politica di miglioramento organizzativo volta da un lato ad integrare tutte le misure adottate dall'Azienda e dall'altro a coinvolgere tutto il personale, dirigenziale e di comparto.

A tal fine, il presente Piano è integrato con il Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, in modo da poter considerare le misure per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e le misure e gli obblighi in materia di trasparenza collegate a tutti i processi aziendali e quindi visti come obiettivi di tutto il personale aziendale. Dal punto di vista metodologico, l'integrazione del presente Piano con il Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si sostanzia nella specifica individuazione di specifici obiettivi operativi e di relativi indicatori desunti da alcune delle misure individuate nel suddetto Piano e riportati nell'Albero della Performance e nel paragrafo 4.3 del presente documento.

7. ALLEGATI

Di seguito si riportano i seguenti allegati tecnici:

- Obiettivi Anno 2017 Area Amministrativa;
- Obiettivi Anno 2017 Area Sanitaria.

UOD AFFARI GENERALI

OBIETTIVI ANNO 2017

La percentuale di raggiungimento attestata dal Controllo di Gestione produce il moltiplicatore per il calcolo della Performance di U.O. Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento della liquidazione delle fatture o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi (Determinazione n. 137 del 30.10.2017).

Obiettivo		Indicatore	Valore Budget	Note
Liquidazione Fatture		Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture du rispettiva competenza	Riduzione del 50% del fatturato bloccato in favore di un incremento del fatturato liquidato o chiuso	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali
		Azzerramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato	Fatturato scaduto non liquidato pari a 0	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali

UOD AFFARI GENERALI					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO (4) Fornire idonei elementi di stima e di previsione dei debiti di cui si conosce l'esistenza ma non l'ammontare: merci acquisite o servizi ricevuti senza che sia stata ricevuta e contabilizzata la relativa fattura; debiti a lungo termine, comprensivi degli interessi, per i quali sussistono particolari problemi di valutazione; debiti sui quali siano maturati interessi o penalità da inserire in bilancio; rischi concretizzati in debiti certi.	Definire una procedura di gestione del contenzioso fornitori e delle azioni esecutive da parte degli stessi tale da consentire il monitoraggio dello status del debito. Tale procedura deve necessariamente prevedere il coinvolgimento degli uffici legali preposti.	Definizione Procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione responsabile PAC
2	15%		Relativamente ai debiti potenziali è necessario predisporre una idonea procedura di accantonamento e monitoraggio dei relativi fondi rischi ed oneri alla: a. coprire rischi ed oneri di natura determinata, di esistenza certa o probabile, dei quali, tuttavia, alla chiusura dell'esercizio sono indeterminati l'ammontare o la data di sopravvenienza; b. valutare l'esistenza delle passività potenziali e rischi non accantonati in bilancio, attraverso il coinvolgimento degli uffici legali interni ed esterni; c. garantire l'uniformità dei principi di valutazione del rischio potenziale rispetto all'esercizio precedente; d. valutare l'esistenza di eventuali passività potenziali in tema di autoassicurazione e verificare la ragionevolezza delle stime per la determinazione degli accantonamenti (tale valutazione dei rischi deve prevedere il coinvolgimento degli uffici preposti).	Definizione Procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
3	20%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di un regolamento che disciplini le varie forme di accesso	Approvazione regolamento entro 90 giorni dall'approvazione del PTPCT	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
4	20%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di misure correttive per ridurre il rischio di eccessiva discrezionalità nell'affidamento degli incarichi di patrocinio legale	Adozione regolamento che stabilisca criteri per l'iscrizione all'albo aziendale e criteri per conferimento incarichi.	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
	70%				

UOC PATRIMONIO E GESTIONE RISORSE IMMOBILIARI E TECNOLOGICHE				
OBIETTIVI ANNO 2017				
La percentuale di raggiungimento attestata dal Controllo di Gestione produce il moltiplicatore per il calcolo della Performance di U.O. Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento della liquidazione delle fatture o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi (Determinazione n. 137 del 30.10.2017).				
	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
Liquidazione Fatture		Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture di rispettiva competenza	Riduzione del 50% del fatturato bloccato in favore di un incremento del fatturato liquidato o chiuso	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali
		Azzeramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato	Fatturato scaduto non liquidato pari a 0	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali

UOC PATRIMONIO E GESTIONE RISORSE IMMOBILIARI E TECNOLOGICHE					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di misure correttive dirette ad evitare o ridurre il rischio di mancato rilievo delle inosservanze del Capitolo da parte del DEC	Definizione di un protocollo per specificare le competenze e responsabilità in capo al DEC	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
2	10%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di misure correttive dirette ad evitare o ridurre il rischio di vizi nella costituzione delle Commissioni Aggiudicanti	Adozione regolamento designazione componenti commissione	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
3	15%	Monitoraggio dell'utilizzo dei fondi assegnati in conto capitale per le manutenzioni straordinarie degli spazi funzionali, degli impianti e delle tecnologie sanitarie finalizzato alla verifica dell'avanzamento e della regolare rendicontazione (DCA 214/2017)	Raggiungimento della percentuale di avanzamento (*) in termini di spesa dei finanziamenti assegnati (lavori ed attrezzature) <u>riproporzionata</u> in rapporto alla durata complessiva dell'appalto nell'ottica del completamento della liquidazione dei finanziamenti entro i termini ultimi previsti	Percentuale avanzamento al 100% della spesa obiettivo (IMP_OBIETTIVO) per ogni finanziamento non ancora totalmente liquidato (cfr dca 214/2017)	
4	10%	Piano di assetto e valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso alle aziende finalizzato all'economicità di gestione e all'efficienza organizzativa (dca 214/2017)	Realizzazione del Piano di assetto e valorizzazione secondo le linee di indirizzo riportate nel DCA 214/2017	Presentazione in Regione del piano di assetto e di valorizzazione del patrimonio immobiliare in uso entro 31/12/2017	
5	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D2) Realizzare inventari fisici periodici.	D 2.1. Definire una procedura per la verifica periodica dell'esistenza fisica e dello stato fisico ed operativo dei cespiti risultanti dalle schede extracontabili e da libro cespiti. Tale inventariazione deve svolgersi preliminarmente durante il percorso e, successivamente, dovrà essere prevista con cadenza almeno triennale. A tal fine la procedura deve prevedere che: a. i responsabili delle verifiche siano persone diverse da quelle che utilizzano i cespiti; b. tutti i cespiti fisici trovino corrispondenza con le risultanze del libro cespiti ed eventualmente con le schede extracontabili utilizzate per la gestione del collegamento alla fonte di finanziamento; c. laddove dall'attività di inventariazione emergano delle differenze fisiche o risultino delle discrepanze rispetto alle risultanze contabili, tali voci vengono sottoposte all'esame della Direzione o di un responsabile per la valutazione delle opportune rettifiche contabili di allineamento dei saldi di Co.Ge. e del libro cespiti.	Definizione di procedure per l'inventario periodico	Attestazione Responsabile PAC
6	5%		D 2.2. Per i cespiti di proprietà dell'azienda che sono nella disponibilità di terzi deve essere periodicamente controllata l'esistenza a mezzo di conferme da parte dei terzi o con verifiche fisiche.	Effettuazione di controlli periodici	Attestazione Responsabile PAC
7	5%		D 2.3. Per i cespiti di terzi ma che si trovano nella disponibilità dell'azienda deve essere mantenuta distinzione e in modo da permettere ai terzi proprietari di svolgere i propri riscontri fisici nonché deve essere previsto l'istituzione di un registro (o di documentazione similare) che raccolga tutti i dati e le informazioni necessari per tenere sotto controllo i cespiti di terzi.	Istituzione e tenuta registro cespiti di terzi	Attestazione Responsabile PAC

UOC PATRIMONIO E GESTIONE RISORSE IMMOBILIARI E TECNOLOGICHE					
OBIETTIVI/ ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
8	5%	PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D3) Proteggere e salvaguardare i beni	D 3.1. Predisporre idonee misure di protezione e salvaguardia dei beni aziendali, che devono garantire, in particolare, il controllo sul movimento delle persone e dei beni all'entrata e all'uscita dei locali dell'azienda (specifiche misure di accesso ai locali aziendali) e specifiche protezioni per i beni soggetti a deterioramento fisico (es. coperture assicurative).	Definizione di procedure per accesso ai locali aziendali	Attestazione Responsabile PAC
9	5%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D4) Predisporre, con cadenza almeno annuale, un piano degli investimenti.	Definire una procedura formalizzata per la realizzazione del piano degli investimenti con identificazione del budget per ogni intervento programmato. Tale procedura dovrebbe essere inserita all'interno di un processo di programmazione investimenti che coinvolga tavoli tecnici per valutazioni di necessità, opportunità e convenienza a livello aziendale.	Definizione Procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
10	5%	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.	D 5.1. Riconoscimento 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.	Riconoscimento entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
11	5%		D 5.3 Definizione di specifica attività di verifica sulla corretta applicazione delle disposizioni in tema di ammortamento e sterilizzazione.	Definizione entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
	80%				

UOC ACQUISIZIONE BENI E GESTIONE BENI E SERVIZI				
OBIETTIVI ANNO 2017				
La percentuale di raggiungimento attestata dal Controllo di Gestione produce il moltiplicatore per il calcolo della Performance di U.O. Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento della liquidazione delle fatture o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi (Determinazione n. 137 del 30.10.2017).				
Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note	
Liquidazione Fatture	Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture di rispettiva competenza	Riduzione del 50% del fatturato bloccato in favore di un incremento del fatturato liquidato o chiuso	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali	
	Azzerramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato	Fatturato scaduto non liquidato pari a 0	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali	

UOC ACQUISIZIONE BENI E GESTIONE BENI E SERVIZI

OBIETTIVI ANNO 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di misure correttive dirette ad evitare o ridurre il rischio di mancato rilievo delle inosservanze del Capitolato da parte del DEC	Definizione di un protocollo per specificare le competenze e responsabilità in capo al DEC	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
2	10%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di misure correttive dirette ad evitare o ridurre il rischio di vizi nella costituzione delle Commissioni Aggiudicanti	Adozione regolamento designazione componenti commissione	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
3	10%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione di misure correttive dirette ad evitare o ridurre il rischio di frazionamento artificioso qualitativo al fine di ricorrere ad affidamento diretto	Rilevazione annuale pluriennale dei fabbisogni. Definizione fabbisogno entro il 30 novembre 2017	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
4	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO 02) Realizzare inventari fisici periodici.	D 2.1 Definire una procedura per la verifica periodica dell'esistenza fisica e dello stato fisico ed operativo dei cespiti risultanti dalle schede extracontabili e da libro cespiti. Tale inventariazione deve svolgersi preliminarmente durante il percorso e, successivamente, dovrà essere prevista con cadenza almeno triennale. A tal fine la procedura deve prevedere che: a. i responsabili delle verifiche siano persone diverse da quelle che utilizzano i cespiti; b. tutti i cespiti fisici trovino corrispondenza con le risultanze del libro cespiti ed eventualmente con le schede extracontabili utilizzate per la gestione del collegamento alla fonte di finanziamento; c. laddove dell'attività di inventariazione emergano delle differenze fisiche o risulti dalle discrepanze rispetto alle risultanze contabili, tali voci vengono sottoposte all'esame della Direzione o di un responsabile per la valutazione delle opportune rettifiche contabili di allineamento dei saldi di Co.Ge. e del libro cespiti.	Definizione di procedure per l'inventario periodico entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
5	10%		D 2.2 Per i cespiti di proprietà dell'azienda che sono nella disponibilità di terzi deve essere periodicamente controllata l'esistenza a mezzo di conferme da parte dei terzi o con verifiche fisiche.	Effettuazione di controlli periodici	Attestazione Responsabile PAC
6	10%		D 2.3 Per i cespiti di terzi ma che si trovano nella disponibilità dell'azienda deve essere mantenuta distinzione e in modo da permettere ai terzi proprietari di svolgere i propri riscontri fisici nonché deve essere previsto l'istituzione di un registro (o di documentazione similare) che raccolga tutti i dati e le informazioni necessari per tenere sotto controllo i cespiti di terzi.	Istituzione e tenuta registro cespiti di terzi	Attestazione Responsabile PAC

UOC ACQUISIZIONE BENI E GESTIONE BENI E SERVIZI					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
7	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO G1) Separare adeguatamente comulti e responsabilità nella gestione delle giacenze di cassa (economale e CUP) e dei crediti/debiti verso l'Istituto Tesoriere.	G.1.2 Definire una procedura per la gestione della Cassa Economale	Definizione procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
8	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO I1) Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari: documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari.	I.1.1 Definire una procedura acquisti nella quale siano trattate le fasi tipiche del ciclo, ovvero: - definizione dei budget settoriali o per centri di costo/ responsabilità; - processo di autorizzazione all'acquisto (emissione dell'ordine); - ricezione del bene o servizio; - verifica della corretta ricezione dell'ordine di acquisto; - liquidazione; - pagamento.	Definizione procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
	80%				

UOC CONTABILITA' E BILANCIO				
OBIETTIVI ANNO 2017				
La percentuale di raggiungimento attestata dal Controllo di Gestione produce il moltiplicatore per il calcolo della Performance di U.O. Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento della liquidazione delle fatture o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi (Determinazione n. 137 del 30.10.2017).				
	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
	Liquidazione Fatture	Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture di rispettiva competenza	Riduzione del 50% del fatturato bloccato in favore di un incremento del fatturato liquidato o chiuso	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali
		Azzerramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato	Fatturato scaduto non liquidato pari a 0	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali

UOC CONTABILITA' E BILANCIO					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione misure correttive per ridurre il rischio di errori di persona nell'emissione di ordinativi di pagamento	Formazione specifica del personale addetto	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
2	10%	PERCORSI 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.	D 5.1. 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. D 5.3. Definizione di specifica attività di verifica sulla corretta applicazione delle disposizioni in tema di ammortamento e sterilizzazione.	Ricognizione entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
3	5%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D6) Accertare l'esistenza dei requisiti previsti per la capitalizzazione in bilancio delle manutenzioni straordinarie.	D 6.2. Verificare l'esistenza dei requisiti per la capitalizzazione delle manutenzioni straordinarie presenti in bilancio.	Definizione entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
4	5%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO D7) Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro cespiti con quelle della contabilità generale.	D 7.1. Previsione di attività di controllo, da effettuarsi con cadenza almeno annuale, e di quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi Co.Ge di riferimento.	Esiti verifica in Bilancio di Esercizio 2016	Attestazione Responsabile PAC
5	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).	F 1.5. In tema di contributi vincolati, previsione di specifica attività di verifica sulla corretta rilevazione degli accantonamenti afferenti le quote inutilizzate, conformemente a quanto previsto dall'art. 29 lett. e) del D.Lgs. 118/2011.	Esiti verifica in Bilancio di Esercizio 2016	Attestazione Responsabile PAC
6	10%	PERCORSI 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.	F 5.3. Analisi di congruità del Fondo Svalutazione Crediti e di coerenza della metodologia di determinazione del valore dello stesso.	Esiti verifica in Bilancio di Esercizio 2016	Attestazione Responsabile PAC
7	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO H1) Autorizzare, formalmente e preliminarmente, le operazioni gestionali e contabili che hanno impatto sul Patrimonio Netto.	H 1.1. Definire una procedura che preveda delle fasi di autorizzazione delle operazioni che hanno impatto sul patrimonio netto aziendale.	Definizione procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
8	10%				

UOC CONTABILITÀ E BILANCIO					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
9	10%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITÀ OBIETTIVO H2) Riconciliare i contributi in conto capitale ricevuti, nonché i contributi in conto esercizio stornati al conto capitale, ed i cespiti finanziati, tenendo conto anche degli ammortamenti e delle sterilizzazioni che ne discendono.	H 2.1 (Rif. azioni D5.1, D5.2, D5.3) Effettuare una 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 entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
10	10%		H 2.2 (Rif. azioni D5.1, D5.2, D5.3) Definire una procedura di gestione attraverso apposito modulo informatico o schemi extracontabili di 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 conformemente a quanto previsto dal Documento 1 allegato al D.M. 17 settembre 2012 (cd. Casistica Applicativa).	Definizione procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
11	5%		H 2.3 (Rif. azioni D5.1, D5.2, D5.3) Definizione di specifica attività di verifica sulla corretta applicazione delle disposizioni in tema di ammortamento e di sterilizzazione.	Definizione entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
	90%				

UOC GESTIONE RISORSE UMANE					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	Definizione e approvazione delle dotazioni organiche (DCA 214/2017)	Report trimestrali alla Direzione per partecipazione a tavoli preparatori finalizzati all'approvazione della dotazione organica (CFR DCA 214/2017)	Deliberazione di approvazione entro il 31 dicembre 2017	
2	25%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione regolamento modalità e criteri di autorizzazione incarichi extraistituzionali e denunce anagrafe delle prestazioni degli incarichi autorizzati	Deliberazione di approvazione entro il 31 dicembre 2017	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
3	15%		ADOZIONE MISURE CORRETTIVE PER RIDURRE IL RISCHIO DI ERRORI NELLA QUANTIFICAZIONE DEI BUONI PASTO SPETTANTI AI DIPENDENTI	Configurazione sul sistema rilevazione presenze NOIPA del calcolo automatico dei buoni pasto spettanti per mese	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
4	10%			Predisposizione report mensile da inviare a UOC Acquisizione e Gestione Beni e Servizi per la consegna dei buoni pasto	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
5	20%	PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' OBIETTIVO 15) Formalizzare i flussi informativi e consentire la percorribilità dei controlli sul corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente e dei medici della medicina convenzionata di base, secondo la regolazione giuravorista e previdenziale.	I 5.1 Definizione di una procedura relativa al ciclo personale che preveda adeguati controlli nelle diverse fasi del ciclo. a. Autorizzazione e controllo delle retribuzioni con evidenza del processo autorizzatorio inerente le variazioni relative degli elementi retributivi quali: - detrazioni fiscali e contributive; - assegni familiari; - anticipi; - altri dati rilevanti; - dimissioni o licenziamenti.	Definizione procedura entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
	100%				

UOD CONTROLLO DI GESTIONE					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	50%	Monitoraggio Obiettivi Aziendali	Rendicontazioni sintetiche ai fini interni e nei confronti della Struttura Regionale	Definizione Stati Avanzamento	
2	25%	Liquidazione Fatture	Armonizzazione utilizzo codici di blocco approvati da Regione Lazio	Nessun codice di blocco non approvato	Fonte: Comunicazioni regionali da Giugno 2017
3	25%	Liquidazione Fatture	Predisposizione Reports periodici alle UU.OO. interessate e alla Direzione Strategica	N. REPORTS > = 6	
	100%				

RESPONSABILE TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adeguamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Monitoraggio misure intraprese da Responsabili delle Strutture in materia di Anticorruzione	
2	30%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adeguamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Monitoraggio misure intraprese da Responsabili delle Strutture in materia di Trasparenza	
3	40%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Elaborazione Obiettivi Budget Anno 2017	Monitoraggio e rendicontazione stato avanzamento obiettivi affidati a Strutture Sanitarie ed Amministrative	
	100%				

UOC INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY				
OBIETTIVI ANNO 2017				
La percentuale di raggiungimento attestata dal Controllo di Gestione produce il moltiplicatore per il calcolo della Performance di U.O. Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento della liquidazione delle fatture o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi (Determinazione n. 137 del 30.10.2017).				
	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
	Liquidazione Fatture	Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture da rispettiva competenza	Riduzione del 50% del fatturato bloccato in favore di un incremento del fatturato liquidato o chiuso	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali
		Azzerramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato	Fatturato scaduto non liquidato pari a 0	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali

UOC INFORMAZIONE AND COMMUNICATION TECHNOLOGY					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	Adempimenti collegati all'informaticizzazione delle Schede di Soccorso/ Trasmissione Schede Sismi	Informaticizzazione, con fornitura di apparecchiature, collegamenti e informaticizzazione del 90% delle postazioni a gestione diretta configurazioni delle postazioni territoriali per l'alimentazione della base dati sanitaria collegata alle Schede di Soccorso, anche al fine degli adempimenti EMUR 118	Informaticizzazione del 90% delle postazioni a gestione diretta dell'ARES 118, con un ordine di priorità definito dalla Direzione Sanitaria	
2	20%	PERCORSO ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' (OBIETTIVO D5) Individuare separatamente i cespiti acquisiti con contributi in conto capitale, i cespiti acquistati con contributi in conto esercizio, i conferimenti, i lasciti, le donazioni.	D5.1. Riconoscimento 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.	Riconoscimento entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
3	20%		D 5.3 Definizione di specifica attività di verifica sulla corretta applicazione delle disposizioni in tema di ammortamento e sterilizzazione.	Definizione entro il 31 dicembre 2017	Attestazione Responsabile PAC
	60%				

UOC COORDINAMENTO SUPPORTO AMMINISTRATIVO SUES				
OBIETTIVI ANNO 2017				
La percentuale di raggiungimento attestata dal Controllo di Gestione produce il moltiplicatore per il calcolo della Performance di U.O. Il punteggio conseguito negli obiettivi specifici sarà moltiplicato per 1, in caso di totale adempimento della liquidazione delle fatture o per un numero inferiore - e corrispondente - in caso di parziale realizzazione degli stessi (Determinazione n. 137 del 30.10.2017)				
	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
	Liquidazione Fatture	Revisione delle causali di blocco e delle connesse fattispecie concrete applicabili alle fatture di rispettiva competenza	Riduzione del 50% del fatturato bloccato in favore di un incremento del fatturato liquidato o chiuso	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali
		Azzerramento dello stock di fatturato scaduto non liquidato	Fatturato scaduto non liquidato pari a 0	Attestazione a cura del Controllo di Gestione sulla base delle comunicazioni regionali

UOC COORDINAMENTO SUPPORTO AMMINISTRATIVO SUES					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione misure correttive per ridurre il rischio di errori nella validazione di giustificativi di presenza / assenze dal servizio	Rotazione degli operatori preposti all'elaborazione dei cartellini	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
2	15%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Affezione misure correttive per ridurre il rischio di errori nella liquidazione di ore di straordinario		Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
3	15%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione misure correttive per ridurre il rischio di effettuazione di riparazioni non necessarie	Verifica operatore autoparco (100% dei casi) e controllo a campione (almeno 20% delle riparazioni) da parte del dirigente	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
4	15%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione misure correttive per ridurre il rischio di perdita o distrazione del patrimonio aziendale (Ambulanze)	Predisposizione Checklist beni in dotazione ai mezzi di soccorso - sottoscrizione della Check - list in ogni fase di ritiro e consegna del mezzo (compresa officina)	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
5	15%	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Adozione misure correttive per ridurre il rischio di duplicazione delle fatture	Inserimento ordini in AREAS e collegamento con fatture	Attestazione a cura del Responsabile dell'Anticorruzione
6	15%	Tecnostuttura amministrativa - accentramento competenze delle SUES in materia di rilevazione presenze	Elaborazione disciplinare per omogeneizzare la gestione delle assenze per malattia	Approvazione documento entro il 31 dicembre 2017	
	90%				

U.O.C. S.U.E.S. ELISOCORSO					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Utilizzo del nuovo Sistema Informativo di raccolta dati per l'attività d'elisoccorso	Validazione mensile del database dedicato entro il 10 del mese successivo	100%	Sistema Informativo Aziendale
2	10%	Obiettivi PARM: tempestività Flusso SIMES	N. Relazioni Eventi Sentinella trasmesse entro 25 gg dalla richiesta N. Relazioni Eventi Sentinella richieste	≥ 90 %	Attestazione della U.O.S. Risk Management
3	20%	Disponibilità Elisuperfici occasionali	Inserimento nella Rete Regionale di ulteriori elisuperfici occasionali in H 24	≥ 50% dei comuni delle aree sismiche 1 e 2A	Attestazione Direzione Sanitaria
4	10%	Revisione documentazione sanitaria	Revisione dei Moduli Elisoccorso (Constatazione di decesso, ecc.)	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
5	20%	Missioni Annullate	Effettuazione di audit su richieste annullate	3 Audit	Attestazione Responsabile Anticorruzione
6	10%	Rete Trauma Grave: incremento della centralizzazione primaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in codice rosso nei tre CTS	N. Codici Rossi con trauma grave trasportati in CTS Totale Codici Rossi con trauma grave	≥75%	Sistema Informativo Aziendale

U.O.C. S.U.E.S. ELISOCORSO					
OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
7	10%	Registro Arresto Cardiaco	Alimentazione del Registro secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria	100% dall'attivazione del Registro	Attestazione Direzione Sanitaria
8	10%	Definizione del minimum dataset del paziente da comunicare ad E Elitiana	Definizione di un documento condiviso	S/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

U.O.C. S.U.E.S. FROSINONE

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Procedura ICTUS	N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul target trasportati in Ospedale PSE/UTN I/UTN II N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul Target	>90%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	15%	Utilizzo del Sistema TELEMED	N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale con Emodinamica N. Pazienti Con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
3	15%	Adempimenti collegati alle prescrizioni del Flusso EMUR	Compilazione informatizzata, nell'applicativo di Centrale Operativa, dei campi obbligatori per il Flusso EMUR 118	>2016	DATO 2016: 94% Sistema Informativo Aziendale
4	10%	Rete Trauma Grave: incremento della centralizzazione primaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in Codice Rosso	N. Codici Rossi con trauma grave trasportati in CTS/CTZ/PST Totale Codici Rossi con trauma grave	≥90%	Sistema Informativo Aziendale
5	10%	Registro Arresto Cardiaco	Alimentazione del Registro secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria	100% dall'attivazione del Registro	Attestazione Direzione Sanitaria
6	10%	Obiettivi PARM: tempestività Flusso SIMES	N. Codici Rossicon trauma grave trasportati in CTS Totale Codici Rossi con trauma grave	≥ 90 %	Attestazione della U.O.S. Risk Management

U.O.C. S.U.E.S. FROSINONE

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
7	20%	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	<2016	DATI 2016: 20'18" Attestazione Direzione Sanitaria
8	10%	Piano della Prevenzione della Corruzione: attivazione mezzi esterni c.d. "Chiamate a spot"	Relazione sui controlli per il rispetto delle disposizioni aziendali in materia di scelta del soggetto da attivare nell'ambito dell'Albo Fornitori	SI/NO	Attestazione Responsabile Anticorruzione
	100%				

U.O.C. S.U.E.S. LATINA					
Obiettivi Anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	Procedura ICTUS	N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul target trasportati in Ospedale PSE/UTN I/UTN II N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul Target	>90%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	10%	Utilizzo del Sistema di Trasmissione dell'ECG	N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale con Emodinamica N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
3	15%	Adempimenti collegati alle prescrizioni del Flusso EMUR	Compilazione informatizzata, nell'applicativo di Centrale Operativa, dei campi obbligatori per il Flusso EMUR 118 N. Relazioni Eventi Sentinella trasmesse entro 25 gg dalla richiesta N. Relazioni Eventi Sentinella richieste	>2016 ≥ 90 %	DATO 2016: 96% Sistema Informativo Aziendale Attestazione della U.O.S. Risk Management
4	15%	Obiettivi PARM: tempestività Flusso SIMES			
5	15%	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 N. Codici Rossi con trauma grave trasportati in CTS Totale Codici Rossi con trauma grave	≤ 2016 ≥90%	DATI 2016: 17' 10" Sistema Informativo Aziendale Sistema Informativo Aziendale
6	10%	Rete Trauma Grave: incremento della centralizzazione primaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in Codice Rosso			
7	10%	Registro Arresto Cardiaco	Alimentazione del Registro secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria	100% dall'attivazione del Registro	Attestazione Direzione Sanitaria
8	10%	Piano della Prevenzione della Corruzione: attivazione mezzi esterni c.d. "Chiamate a spot"	Relazione sui controlli per il rispetto delle disposizioni aziendali in materia di scelta del soggetto da attivare nell'ambito dell'Albo Fornitori	SI/NO	Attestazione Responsabile Anticorruzione
	100%				

U.O.C. S.U.E.S. RIETI E VITERBO

Obiettivi Anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Procedura ICTUS	N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul target trasportati in Ospedale PSE/UTN I/UTN II N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul Target	>90%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	20%	Utilizzo del Sistema di Trasmissione dell'ECG	N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale con Emodinamica N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
3	15%	Adempimenti collegati alle prescrizioni del Flusso EMUR	Compiazione informatizzata, nell'applicativo di Centrale Operativa, dei campi obbligatori per il Flusso EMUR 118	>2016	DATO 2016: 91% Sistema Informativo Aziendale
4	10%	Obiettivi PARM: tempestività Flusso SIMES	N. Relazioni Eventi Sentinella trasmesse entro 25 gg dalla richiesta N. Relazioni Eventi Sentinella richieste	≥ 90 %	Attestazione della U.O.S. Risk Management
5	15%	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	< 2016	DATO 2016: 21'12" Sistema Informativo Aziendale
6	10%	Rete Trauma Grave: incremento della centralizzazione peimaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in Codice Rosso	N. Codici Rossi con trauma grave trasportati in CTS Totale Codici Rossi con trauma grave	≥90%	Sistema Informativo Aziendale
7	10%	Registro Arresto Cardiaco	Alimentazione del Registro secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria	100% dall'attivazione del Registro	Attestazione Direzione Sanitaria
8	10%	Piano della Prevenzione della Corruzione: attivazione mezzi esterni c.d. "Chiamate a spot"	Relazione sui controlli per il rispetto delle disposizioni aziendali in materia di scelta del soggetto da attivare nell'ambito dell'Albo Fornitori	S/NO	Attestazione Responsabile Anticorruzione
	100%				

U.O.C. S.U.E.S. ROMA-CITTA' METROPOLITANA

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Procedura ICTUS	N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul target trasportati in Ospedale PSE/UTN I/UTN II N. Pazienti con Codice Giallo Neurovascolare sul Target	>90%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	5%	Monitoraggio e Gestione dei Posti Letto di Area Critica	Revisione della procedura	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
3	10%	Utilizzo del Sistema TELEMED	N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale con Emodinamica N. Pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in Ospedale	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
4	10%	Rete Trauma Grave: incremento della centralizzazione primaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in codice rosso nei tre CTS	N. Codici Rossi con trauma grave trasportati in CTS Totale Codici Rossi con trauma grave	≥75%	Sistema Informativo Aziendale
5	10%	Registro Arresto Cardiaco	Alimentazione del Registro secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria	100% dall attivazione del Registro	Attestazione Direzione Sanitaria
6	15%	Adempimenti collegati alle prescrizioni del Flusso EMUR	N. Codici Rossi con trauma grave trasportati in CTS Totale Codici Rossi con trauma grave	>2016	DATO 2016: 87% Sistema Informativo Aziendale
7	10%	Obiettivi PARM: tempestività Flusso SIMES	N. Relazioni Eventi Sentinella trasmesse entro 25 gg dalla richiesta N. Relazioni Eventi Sentinella richieste	≥ 90 %	Attestazione della U.O.S. Risk Management
8	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	<2016	DATO 2016: 16'23" Sistema Informativo Aziendale

U.O.C. S.U.E.S. ROMA-CITTA' METROPOLITANA					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
9	10%	Contenimento attivazione mezzi esterni in sostituzione c.d. "A SPOT"	N. Ore dei mezzi attivati	52016	DATO 2016: 144.616 ORE Sistema Informativo Aziendale
10	10%	Piano della Prevenzione della Corruzione: attivazione mezzi esterni c.d. "Chiamate a spot"	Relazione sui controlli per il rispetto delle disposizioni aziendali in materia di scelta del soggetto da attivare nell'ambito dell'Albo Fornitori	SI/NO	Attestazione Responsabile Anticorruzione
	100%				

U.O.C. MAXIEMERGENZE

Obiettivi 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	20%	Adempimenti relativi all'accordo Stato - Regioni 5 agosto 2014 per l'organizzazione e l'assistenza sanitaria negli eventi e nelle manifestazioni programmate: organizzazioni esterne	N. Piani Sanitari Valutati N. Piani Sanitari Trasmessi	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	20%	Monitoraggio PEIMAF delle Strutture Sanitarie	N. Strutture Interpellate N. Strutture della Rete dell'emergenza	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
3	20%	Effettuazione Esercitazioni	Partecipazione ad almeno una esercitazione interistituzionale per Centri di Comando	≥ 1 Esercitazione/Anno	Attestazione Direzione Sanitaria
4	20%	Attuazione Obiettivi PARM	Partecipazione obbligatoria ai corsi di base sul Rischio Clinico	Formazione di almeno il 50% del Personale Sanitario impegnato in attività di emergenza	Attestazione U.O.D. Formazione
5	10%	PMA: definizione Check List materiale tecnologico e presidi sanitari	Predisposizione documento	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
6	10%	PMA: predisposizione procedure per la manutenzione dei PMA aziendali	Predisposizione documento	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
100%					

DIREZIONE MEDICA ORGANIZZATIVA					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	10%	Appropriatezza Farmaceutica: adempimenti Flussi Informativi	Adempienze Trasmissione Flussi Informativi Totale Adempienze Trasmissione Flussi Informativi	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	10%	STAM	Attivazione dello STAM: Redazione Progetto	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
3	10%	Rispetto dell'adempimento ministeriale relativo ai Flussi informativi sui Farmaci e Dispositivi Medici	Trasmissione Flussi Informativi	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
4	10%	Piano Aziendale Cadute	Predisposizione ed Adozione di un Piano Aziendale per la Prevenzione delle cadute dei pazienti	SI/NO	Dellibera Aziendale
5	10%	Percorso ICTUS	Revisione Scheda ICTUS	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
6	10%	Implementazione nuova piattaforma tecnologica ARES 118 (SIEL18)	Contributo tecnico all'attività del Gruppo di Lavoro	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
7	10%	Monitoraggio Valore Tempo Allarme Target	Reportistica giornaliera (CO ROMA) e mensile (CCOO PROVINCIALI) riguardo agli invii primo mezzo	≥ 95% dei report	Attestazione Direzione Sanitaria
8	10%	Adempimento Regionale trasmissione reportistica blocchi mezzi	Produzione di reportistica mensile, ad uso della Regione Lazio, riguardante i blocchi dei mezzi ARES presso i Pronto Soccorso	100% dei report	Attestazione Direzione Sanitaria
9	10%	Rispondenza agli adempimenti normativi SISTRI relativi alla gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	Definizione di modello organizzativo, procedura, sistema di controllo e indicatori	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
10	10%	Registro Arresto Cardiaco: attivazione Registro Aziendale	Predisposizione di un Registro Aziendale con Indicazioni di Alimentazione ai SUES	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

U.O.D. CENTRALE DI ASCOLTO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	50%	Ampliamento dell'attività della Centrale di Ascolto della Continuità Assistenziale all'intera Provincia di Roma	Centrale UnicaD'ascolto di Roma e Provincia	Presenza del Piano di riorganizzazione ed integrazione e piena operatività della Centrale Unica	Attestazione Direzione Sanitaria
2	20%	Riduzione delle chiamate non risposte	Chiamate Perse per riaggancio utente Chiamate Totali	≤ 2016	DATO 2016: 78.964/375.263 Attestazione Direzione Sanitaria
3	10%	Revisione del messaggio registrato	Produzione di un nuovo messaggio di cortesia aggiornato alla luce dell'accorpamento provinciale	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
4	10%	Assegnazione Flusso Orario	Predisposizione di istruzione operativa per l'assegnazione equa dei turni di reperibilità	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
5	10%	Elaborazione Reportistica rilevazione presenze del personale Medico in convenzione	Trasmissione di Report su base mensile	3 Report	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

U.O.D. TRASPORTI CONNESSI ALLE ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICHE

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	Effettuazione Trasporti connessi alle attività trapiantologiche	N. Trasporti connessi all'attività trapiantologica effettuati Tot. Richieste di trasporto connesse all'attività trapiantologica da parte del Centro Regionale Trapianti	≥ 95%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	20%	Definizione modalità operative per il trasporto connesso all'attività trapiantologica	Stesura della procedura per il trasporto di organi ed equipes	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
3	20%	Proposta assetto organizzativo della UOD Trasporti connessi all'attività trapiantologica	Definizione dell'organizzazione della UOD e individuazione delle Risorse Umane, tecnologiche e logistiche	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
4	20%	Ampliamento tipologia mezzi per trasporti connessi all'attività trapiantologica	Stesura proposta Capitolato per la fornitura di velivolo ad ala fissa	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
5	10%	Monitoraggio dell'attività svolta	Produzione Report semestrali attività	2 REPORT	Attestazione Direzione Sanitaria
100%					

U.O.S. RISK MANAGEMENT					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	PARM	Elaborazione ed approvazione Piano Annuale Risk Management (PARM) 2017 secondo le Linee Guida Regionali	SI/NO	Delibera Aziendale
2	10%	Attuazione Obiettivi PARM	Progettazione del "Corso Base di Risk Management" previsto nel Piano Formativo Aziendale 2017	Almeno 2 edizioni	Attestazione UOD Formazione
3	20%	Coordinamento del Comitato Rischio Aziendale	Organizzazione delle sedute del Comitato con inoltro Atti alla Direzione Strategica	Almeno 2 riunioni l'anno	Attestazione Direzione Sanitaria
4	10%	Piano Aziendale Cadute	Predisposizione ed adozione di un Piano Aziendale per la prevenzione delle cadute dei Pazienti	SI/NO	Delibera Aziendale
5	30%	Alimentazione Flusso SIMES Ministeriale	Inserimento Scheda A nei tempi previsti	100%	Risultato PARM
	100%				

U.O.D. FORMAZIONE E RICERCA					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	Realizzazione Piano Formazione Aziendale 2017	N. Corsi Totali Effettuati/N. Corsi Totali Pianificati	≥ 80%	Attestazione Direzione Sanitaria
2	20%	Miglioramento Attività di Triage Telefonico	Effettuazione Corso di Formazione sul Triage Telefonico	≥ 5 Edizioni	Attestazione Direzione Sanitaria
3	20%	Attuazione Obiettivi PARM Formazione sul Rischio Clinico	Effettuazione Corso Base sul Rischio Clinico	≥ 2 Edizioni	Attestazione Direzione Sanitaria
4	10%	Rispondenza alle richieste di corsi di Primo Soccorso in ambito scolastico	Effettuazione di sessioni formative	≥ 6 Edizioni	Attestazione Direzione Sanitaria
5	20%	Monitoraggio effettuazione Corsi DL n. 81/08	Produzione Report n. persona formate /N. Persone con obbligo normativo della formazione (per Unità Operativa)	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

Ciclo di Gestione della Performance Anno 2017

U.O.C. QUALITA', ACCREDITAMENTO E VIGILANZA
(DAL 3 AGOSTO 2017 (DELIBERA 517/2017), LA U.O.C. RICOMPRENDE LA U.O.S. QUALITA' DEI PROCESSI)

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	Controllo Enti Terzi	Relazione sull'Attività effettuata dal Gruppo di Controllo Enti Terzi	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
2	10%	Controllo Enti Terzi: avvio dell'attività per il controllo da parte dei Responsabili P.O. di AREA (delibera n. 272 del 8 maggio 2017)	Relazione Attività Svolta	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
3	15%	Controllo Enti Terzi: attività del Gruppo di Controllo	N. Controlli effettuati sui mezzi di Enti Terzi operanti per l'Azienda	> 150	Attestazione Direzione Sanitaria
4	15%	Albo Fornitori Aziendale	PROGETTO DI INFORMATIZZAZIONE	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
5	10%	Partecipazione ai Lavori della Commissione Regionale sul riordino della normativa autorizzativa del Trasporto Sanitario nel Lazio	Predisposizione Schede Requisiti Autorizzativi Mezzi di soccorso	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
6	10%	Revisione dei Rapporti con gli Enti Fornitori	Predisposizione del Disciplinare Tecnico da allegare al nuovo Bando per l'iscrizione di Enti Terzi nell'Albo Fornitori Aziendale	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
7	10%	Piano Anticorruzione: Controllo Enti Terzi	Definizione dei processi interni di Controllo degli Enti Terzi relativamente al possesso dei requisiti	SI/NO	Attestazione Responsabile Anticorruzione
8	5%	Monitoraggio Qualità Schede di Soccorso	Acquisizione e verifica Schede Aziendali e di Enti Esterni con produzione di Report Trimestrali	2 Report	PRIMO SEMESTRE 2017 Attestazione Direzione Sanitaria

U.O.C. QUALITA', ACCREDITAMENTO E VIGILANZA (DAL 3 AGOSTO 2017 (DELIBERA 517/2017), LA U.O.C. RICOMPRENDE LA U.O.S. QUALITA' DEI PROCESSI)					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
9	10%	Piano Anticorruzione:Controllo Qualità Schede Soccorso Enti Terzi	Definizione modalità di campionamento Schede di Soccorso Enti Terzi	SI/NO	Attestazione Responsabile Anticorruzione
	100%				

U.O.S. MEDICO COMPETENTE					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	80%	Obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione	Report di assegnazione del Personale con prescrizioni o limitazioni	4 Report assegnazioni personale con prescrizioni o limitazioni	Le informazioni del Report andranno concordate con la Direzione Sanitaria Attestazione Direzione Sanitaria
2	20%	Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale	Predisposizione di un progetto aziendale di raccolta e verifica della situazione vaccinale degli operatori in ottemperanza della Legge n. 119/2017	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

U.O. SPP

Obiettivi anno 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	40%	Database infortuni sul lavoro	Tenuta del Registro Elettronico degli infortuni ed analisi dell'andamento annuale	2 Report	Attestazione Direzione Sanitaria
2	30%	Aggressioni agli operatori: trasmissione schede	N. Schede trasmesse alle UU.OO. Risk Management, Affari Generali e Psicologia N. Schede pervenute su aggressioni agli operatori	100%	Attestazione Direzione Sanitaria
3	30%	Formazione aziendale per la sicurezza degli operatori: organizzazione degli specifici corsi, così come individuati nello specifico Piano Formativo	Invio alla Direzione Sanitaria di Report Semestrali sul n. di partecipanti	2 Report	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

U.O.S. PSICOLOGIA					
Obiettivi anno 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	30%	Rispetto del Protocollo d'intesa con specifiche Associazioni di Volontariato di Psicologia dell'Emergenza per la collaborazione in corso di grandi eventi e maxiemergenze	Report Annuale delle Attività svolte inviato alla Direzione Sanitaria	Trasmissione Report	Attestazione Direzione Sanitaria
2	60%	Obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione	Promozione del Benessere Organizzativo dei dipendenti - Indagine 2017	Effettuazione Indagine	Attestazione Direzione Sanitaria
3	10%	Percorso Violenza Sessuale: Predisposizione di procedura operativa	Stesura Procedura	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO E TECNICO AZIENDALE

OBIETTIVI ANNO 2017

N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
1	15%	Rispondenza agli adempimenti normativi SISTRI relativi alla Gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	N. Ritiri Rifiuti Effettuati _____ N. Ritiri Rifiuti Pianificati sulla base dell'emissione di Scheda SISTRI	100%	Valutazione sui mesi di Novembre e Dicembre (NOTA SITA PROT. 8535/2017) Attestazione Direzione Sanitaria
2	10%	Rispondenza agli adempimenti normativi SISTRI relativi alla Gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	Trasmissione al Referente aziendale SISTRI dei nominativi e recapiti telefonici degli infermieri referenti per il ritiro rifiuti per tutte le Unità Locali	100%	NOTA SITA PROT. 8535/2017 Attestazione Direzione Sanitaria
3	25%	Controllo Enti Terzi EX Delibera Aziendale n. 272/2017	Effettuazione di almeno un controllo per singola Area/ Provincia	SI/NO	Attestazione ACOVIES
4	10%	Approvvigionamento DPI: Calzature	Riorganizzazione modalità di approvvigionamento delle calzature - Redazione istruzione operativa	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
5	10%	Evasione Preliche URP Aziendali entro 30 gg	N. Pratiche evasein 30 GG/ N. Richieste pervenute	>80 %	Attestazione Direzione Sanitaria
6	10%	Miglioramento delle modalità di approvvigionamento dei Beni sanitari	Definizione di un fabbisogno annuale di consumo su specifiche tipologie di beni (SCHEDE DI SOCCORSO, ELETTRODI E PIASTRE)	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
7	10%	Definizione di una procedura organizzativa in merito ai Coordinamenti Infermieristici	Produzione di un documento	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria

OBIETTIVI ANNO 2017					
N°	Peso Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	Valore Budget	Note
8	10%	Effettuazione Attività Controllo Blocco Mezzi in P.S.	Relazione Attività	SI/NO	Attestazione Direzione Sanitaria
	100%				

Dal n. 4° 816 del
28 DIC. 2017

Copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Roma, li

28 DIC. 2017

**U.O.D. Affari Generali
Il Direttore**

Dott.ssa Fulvia Casati

Copia della presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale in data **28 DIC. 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 **28 DIC. 2017**
al _____

**U.O.D. Affari Generali
Il Direttore**

Dott.ssa Fulvia Casati

E' esecutiva dal **28 DIC. 2017**

**U.O.D. Affari Generali
Il Direttore**

Dott.ssa Fulvia Casati