SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0713 Del 21/05/2021

OGGETTO: Adozione Piano della Performance 2020-2022.

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Sviluppo Organizzativo - UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione

Centro di costo:

L'estensore dott.ssa Maria Roberti M Roberti

Il Dirigente del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento	Il Direttore UOC Pianificazione Strategica Programmazione e Controllo di Gestione	Il Direttore del Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo
Dott.ssa Maria Roberti	Dott.ssa Maura Bertini	
M Roberti		
Data 20/05/2021	Data 20/05/2021	Data

Il presente Atto contiene dati sensibili SI ☐ NO ☒

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.
Costo previsto: €..... – Esercizio ..... C.E. n. .....

Il Funzionario addetto al controllo di budget: data _____ firma_____

Il Direttore dell'UOC Pianificazione strategica, Programmazione e Controllo di Gestione con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico della spesa di cui al presente provvedimento.
Il Direttore dell'UOC Pianificazione strategica, Programmazione e Controllo di Gestione

data _____ firma_____

Parere del Direttore Amministrativo VACANTE

Favorevole ☐ Non favorevole ☐
(con motivazioni allegate al presente atto)

data firma

Parere del Direttore Sanitario **Dr. Mauro Goletti**

Favorevole ☒ Non favorevole ☐
(con motivazioni allegate al presente atto)

data 20.5.2021 firma

Il presente provvedimento si compone di n. pagine 36 di cui n. pagine 32 di allegati

Il Direttore Generale
Dott. Angelo Tanese

ASL Roma 1
Borgo S. Spirito, 3
00193 Roma
www.aslroma1.it
p.iva 13664791004

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 1

N. 0713 DEL 21/05/2021

IL DIRETTORE DELLA U.O.C. PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Vista la deliberazione n. 1 del 1° gennaio 2016 del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione della stessa far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00250 del 23.11.2016 con il quale è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 nella persona del Dott. Angelo Tanese;

Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 03.10.2019 con il quale viene differito il termine di scadenza contrattuale del Direttore Generale;

Visto l'Atto di Autonomia Aziendale, approvato con deliberazione n. 1153 del 17.12.2019, recepito con DCA U00020 del 27.01.2020, pubblicato sul BURL del 30.01.2020 n. 9;

Visti:

- Il D. Lgs 150/2009 avente ad oggetto *"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";*
- Il D. Lgs 33/2013 avente ad oggetto: *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";*
- Il D. Lgs 97/2016 avente ad oggetto *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";*
- Il Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105 con oggetto *"Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni";*

Tenuto conto in particolare dell'art 10 del sopra citato D. Lgs 150/2009, che, in particolare, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, dispone da parte delle amministrazioni pubbliche, a cadenza annuale la redazione e la pubblicazione sul sito istituzionale:

- entro il 31 gennaio, il **Piano della performance,** documento programmatico triennale, definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- entro il 30 giugno, **la Relazione annuale sulla performance,** che deve essere approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

Considerato che l'articolo 3, comma 1, del D.P.R. 105/2016, ha attribuito al Dipartimento della Funzione Pubblica funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance;

Tenuto conto delle Linee guida n.1 di giugno 2017 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica che definiscono, a partire dal ciclo 2018-2020, la nuova struttura e modalità di redazione del Piano della performance sostituendo le precedenti linee guida emanate dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (C.I.V.I.T. ora A.N.A.C.);

Richiamata la legge della Regione Lazio avente ad oggetto *"Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6"* che nel rispetto dei principi contenuti nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e degli ambiti riservati alla legge e alla contrattazione collettiva, disciplina una migliore, più efficiente e trasparente organizzazione del lavoro e delle strutture organizzative di competenza regionale;

Tenuto conto, in particolare che la precitata legge, all'art. 10, al fine di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della prestazione e dei risultati, ribadisce la necessità di adozione di 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, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione e dei risultati dell'amministrazione nonché gli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale e i relativi indicatori;

Tenuto conto della deliberazione di Giunta regionale del 26 giugno 2020 n. 406 "Presa d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento;

Rilevato che, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, nonché dei vincoli normativi e di bilancio, l'Azienda, in accordo con l'OIV, aveva avviato all'inizio del 2020 un percorso di revisione del sistema di performance in un'ottica di razionalizzazione e riduzione del numero di indicatori;

Considerato che l'insorgere della pandemia da Covid 19 ha costretto l'Azienda a rivedere nell'immediato piani e programmi, a sospendere il percorso avviato e ad adottare misure urgenti finalizzate al contrasto della diffusione del virus rendendo di fatto la programmazione uno strumento flessibile per rispondere alla continua mutevolezza dello scenario epidemiologico;

Considerato che il Piano oggetto della presente delibera, per l'annualità 2020, assume eccezionalmente il carattere di ratifica recependo la delibera del Direttore Generale n 1143 del 21 dicembre 2020 avente ad oggetto: *"Ciclo della Performance 2020. Definizione delle modalità operative straordinarie del processo di budget 2020 in relazione all'emergenza Covid-19"*;

Rilevato che l'Azienda ha adottato il regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della Performance" validato dall'OIV e pubblicato sul sito web aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente, sotto sezione "Performance", approvato dall'OIV, come da verbale n. 31 del 03/05/2021, agli atti dell'Azienda;

Considerato che l'Azienda ha adottato altresì la delibera 1169 del 31.12.2020 *"Approvazione Proposta Bilancio Preventivo Economico annuale- Anno 2021" (BEP 2021);*

Rilevato che il Piano della Performance è lo strumento di trasparenza per eccellenza nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso;

Ritenuto pertanto di procedere all'adozione del Piano della Performance per il triennio 2020-2022, che allegato alla presente ne costituisce parte integrante e sostanziale;

PROPONE

- di adottare il Piano della Performance 2020-2022 quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di provvedere alla pubblicazione del presente Piano nella sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto-sezione "Performance", ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

Il Responsabile del procedimento	Il Direttore della U.O.C. Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione	Il Direttore del Dipartimento Per lo Sviluppo Organizzativo
Dott.ssa Maria Roberti	Dott.ssa Bettini Maura	
data 20/05/2021	data 20/5/2021	data

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii.;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.

Nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00241 del 03.10.2019;

Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Direttore della UOC in frontespizio indicata;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, 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 Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art., 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

DELIBERA

- di adottare il Piano della Performance 2020-2022 quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di pubblicare il presente Piano nella sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto-sezione "Performance";
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio *on line* aziendale ai sensi dell'art.32, comma1, della legge n.69 del 18.6.2009.

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente delibera curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati, nonché agli obblighi di pubblicazione sul portale aziendale, ex art.8 del D. Lgs n.33/2012.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Tanese

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 1

REGIONE
LAZIO

PIANO DELLA PERFORMANCE
2020-2022

Sommario

1. SCOPO DEL DOCUMENTO E CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE 3
2. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA 4
2.1 MISSION AZIENDALE 4
2.2 TERRITORIO E POPOLAZIONE 6
2.3 SERVIZI EROGATI E RETE DI OFFERTA 7
2.4 ORGANIZZAZIONE 10
2.5 PERSONALE 11
2.6 BILANCIO 13
3. PIANIFICAZIONE TRIENNALE 14
3.1 SFIDE DI LUNGO PERIODO E LINEE GUIDA STRATEGICHE 14
3.2 MASTERPLAN AZIENDALE 15
3.3 PIANIFICAZIONE 2020-2022 17
4. PROGRAMMAZIONE ANNUALE 2021 21
5. CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE 23
5.1 PROGRAMMAZIONE ANNUALE 23
5.2 ALBERO DELLA PERFORMANCE 24
5.3 MISURAZIONE E MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE 26
5.4 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 27
5.5 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 28
6. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ 29
7. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO 29
8. SOGGETTI, RUOLI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE 30
8.1 SOGGETTI E RUOLI 30
8.2 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE 32

1. SCOPO DEL DOCUMENTO E CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

L'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009 "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." ha disposto che al fine di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale è necessario predisporre un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance tramite il quale presentare gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi con i relativi indicatori di misurazione.

Trattasi di uno strumento di "trasparenza" in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, in coerenza a quanto previsto dal D.Lgs 150/2009, dal DPR 105/2016 e dal D.Lgs 74/2017.

Il Piano, redatto di concerto con altri atti di programmazione quali Bilancio di Previsione Annuale e Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, costituisce lo strumento fondante del Ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Per la sua redazione si fa riferimento alle "Linee guida per il Piano della Performance" del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il Piano in oggetto, per l'annualità 2020, assume eccezionalmente il carattere di ratifica recependo la delibera del Direttore Generale n 1143 del 21 dicembre 2020 avente ad oggetto: "Ciclo della Performance 2020. Definizione delle modalità operative straordinarie del processo di budget 2020 in relazione all'emergenza Covid-19".

Il 2020 ha infatti visto l'Azienda completamente coinvolta nella fase pandemica del virus SARS-CoV2, caratterizzata da un'estrema mutevolezza e dinamicità dello scenario epidemiologico e il continuo succedersi di norme nazionali e regionali che hanno di fatto reso la programmazione aziendale uno strumento flessibile per rispondere velocemente ed efficacemente alle sfide poste dall'emergenza.

Per gli anni 2021 e 2022 il presente documento riveste il consueto carattere programmatorio tenendo però ben presente che può essere soggetto a modifiche in relazione a modifiche a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale regionale e aziendale;
- contesto interno ed esterno di riferimento, ivi compresa l'emergenza sanitaria da virus SARS-CoV-2;
- modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Rispetto alla versione adottata nel precedente triennio inoltre, il Piano della Performance introduce specifici indicatori per il monitoraggio e il controllo delle attività collegate alla gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

In virtù di quanto sopra descritto, il Piano delle Performance così redatto mantiene comunque la sua finalità di programmazione triennale e di continuità di contenuti, declinando obiettivi, indicatori e risultati attesi per la misurazione e la valutazione annuale dell'Azienda, nella consapevolezza che, almeno per l'anno corrente ed il prossimo, l'attività clinico-assistenziale è e sarà fortemente condizionata dal perdurare della situazione emergenziale.

2. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

2.1 Mission aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 è stata istituita il 1° gennaio 2016 a seguito della fusione tra ASL Roma A e ASL Roma E, la quale nel 2015 aveva incorporato l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri.

L'Azienda è dunque l'esito di un percorso di trasformazione in un'unica realtà di tre aziende sanitarie, in attuazione dei programmi operativi della Regione Lazio 2013-2015 nell'ambito di una complessa operazione di risanamento e di progressivo rientro dal disavanzo che il SSR aveva accumulato nel corso degli anni, un risanamento iniziato nel 2007 con l'avvio della gestione commissariale e condotto in collaborazione e con la supervisione del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze.

La sede legale dell'Azienda è a Roma, Borgo Santo Spirito 3 ed è raggiungibile online al link www.aslroma1.it.

La ASL Roma 1, nel quadro delle risorse ad essa destinate, ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso l'organizzazione e la gestione di servizi e prestazioni preventive, di cura e riabilitative, prodotte ed erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche e in coerenza con le evidenze epidemiologiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea, il rispetto degli obiettivi costituzionali nonché dei vincoli di bilancio definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali del Comune di Roma e dei Municipi di riferimento, per quanto espressamente previsto o delegato.

I principi guida e i valori fondanti ai quali l'Azienda ispira la propria azione nel perseguimento della missione e della visione aziendale sono:

• **Centralità della persona** - L'Azienda pone quale obiettivo prioritario il perseguimento della soddisfazione del cittadino sviluppando rapporti di fiducia attraverso l'implementazione della funzione di accoglienza, di ascolto attivo e di facilitazione dell'accesso ai servizi e alle cure, orientando le azioni e le attività verso l'efficacia della presa in carico, nel rispetto del diritto all'uguaglianza, dell'integrità personale e delle convinzioni etiche e religiose, con l'erogazione di prestazioni sanitarie orientate al perseguimento della qualità dell'appropriatezza e dell'umanizzazione. A tal fine rende facilmente disponibili ed accessibili le informazioni, avvalendosi di canali di comunicazione idonei a fornire ai beneficiari dei servizi gli strumenti utili e necessari per consentire una scelta consapevole.

• **Trasparenza, Etica e Finalità di Servizio Pubblico** - L'Azienda promuove la cultura della trasparenza, intesa non solo come diritto di accesso ai documenti ed atti, ma quale strumento di promozione della visibilità dell'attività decisionale e di elemento di controllo dell'integrità delle sue modalità di azione e di intervento, quale attuazione dei principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, efficienza ed efficacia che sono alla base della garanzia di tutela delle libertà individuali e collettive del cittadino. L'Azienda promuove, altresì, la trasparenza quale leva strategica per conseguire un cambiamento culturale degli operatori contribuendo da un lato a correggere eventuali inefficienze nell'azione amministrativa e dall'altro a sviluppare valori di etica e di integrità e il loro senso di appartenenza all'organizzazione e di identificazione nelle finalità del Servizio Pubblico.

• **Efficacia ed Equità** - L'Azienda promuove scelte organizzative e operative utili a perseguire omogeneità dei servizi ed equità distributiva, attivando processi e percorsi di cura strutturati e standardizzati per una efficace ed omogenea presa in carico globale dei problemi di salute e di continuità di cura e dell'assistenza nelle varie fasi di bisogno. A tal fine l'Azienda orienta la domanda verso l'appropriatezza delle prestazioni di provata

efficacia sulla base delle conoscenze scientifiche e adegua l'uso delle risorse in senso dinamico e flessibile. A ciò provvede anche svolgendo un efficace ruolo di committenza ed opera in sinergia con le Istituzioni locali per condividere e attuare adeguati programmi di integrazione sociosanitaria.

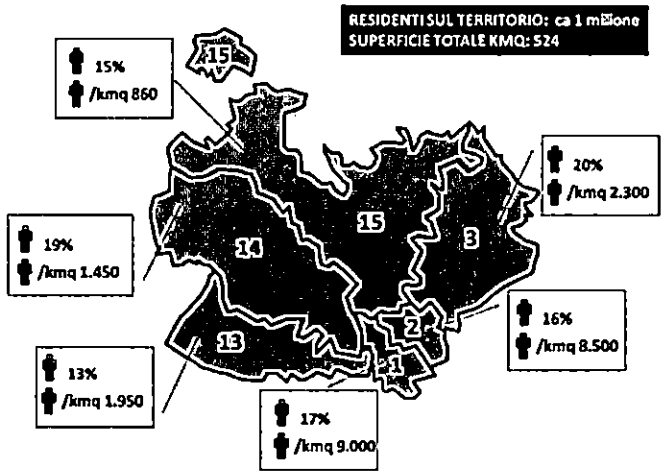
• **Partecipazione e Comunicazione** - L'Azienda promuove il coinvolgimento attivo dei cittadini, delle famiglie, delle Istituzioni, delle Associazioni, delle organizzazioni no profit, del terzo settore e delle Comunità in una logica di sinergia, al fine di garantire con la loro partecipazione responsabile il perseguimento unitario delle migliori scelte di politiche sanitarie e di protezione sociale. A tal fine rende sistematica la misurazione del livello di customer satisfaction quale input rilevante per i processi in- terni di miglioramento e di innovazione delle caratteristiche dei prodotti/servizi e delle modalità dei processi di produzione e dei rapporti relazionali. L'Azienda favorisce la comunicazione promuovendo un processo di rinnovamento e modernizzazione attraverso la rete internet ed intranet, nonché con canali e strumenti diversificati e modalità multicanale, con particolare attenzione alle persone con difficoltà fisiche e culturali, favorendo la comprensibilità del linguaggio anche ai fini dell'empowerment dei cittadini e rafforzando la nuova identità aziendale.

• **Benessere Organizzativo e Sviluppo Professionale** - L'Azienda garantisce lo sviluppo professionale e i percorsi di benessere organizzativo negli ambienti di lavoro, predisponendo misure organizzative, ambientali, relazionali ed economiche tese al miglioramento del clima aziendale. L'Azienda promuove inoltre la formazione del personale volta a migliorare le conoscenze tecnico-professionali, a sostenere innovazione e cambiamento, a sviluppare e rafforzare le conoscenze e le competenze dei professionisti, a favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale, a rafforzare e consolidare la qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità, anche al fine dell'implementazione della qualità del servizio erogato e del grado di soddisfazione riscontrato dal cittadino.

• **Innovazione e sviluppo** - L'Azienda impronta la propria organizzazione secondo una logica innovativa finalizzata alla costruzione di una nuova identità pubblica in grado di gestire i problemi di salute della popolazione residente intercettandone attivamente i bisogni, espressi ed inespressi, traducendoli in domanda appropriata e riequilibrando di conseguenza l'offerta di servizi. A tal fine è indispensabile promuovere una organizzazione dei servizi pensata in un'ottica di processo in grado di attivare percorsi di assistenza e di presa in carico strutturati, coordinati ed integrati con una costante verifica delle attività poste in essere e sviluppare l'innovazione sia nei processi clinico-assistenziali che organizzativo-gestionali.

2.2 Territorio e popolazione

L'ambito territoriale di riferimento della ASL Roma 1, estendendosi su una superficie totale di 524 kmq (41% del totale di Roma), comprende sei Municipi del Comune: 1, 2, 3, 13, 14 e 15 coincidenti con i Distretti. Di seguito si riporta la distribuzione della popolazione sull'intero territorio aziendale (fonte dati: Comune di Roma-Ufficio di Statistica e Censimento –31.12.2019).



Nella tabella che segue sono inoltre rappresentati i principali indicatori demografici al 31.12.2019, per Distretto e totale Azienda, a confronto con Roma Capitale dalla quale si evince che i residenti sul territorio aziendale sono il 36% della popolazione complessiva residente a Roma, mentre poco meno del 40% degli immigrati si concentra sul territorio aziendale.

ASL Roma 1- Demografia al 31/12/2019		Comune di Roma	Incidenza % ASL vs Comune di Roma
n. residenti	1.026.429	2.848.084	36
superficie Kmq	524	1285	40,8
densità (ab./Kmq)	1.958	2.216	
N. Stranieri	150.278	382.301	39,3
pop. 0-14	128.547	369.245	34,7
pop. 15-64 aa	656.894	1.833.991	26,7
pop. 65 e oltre	241.038	644.844	37,4
indice di vecchiaia	185,3	159,7	
indice di dipendenza	56,2	55,3	
anziani per bambino	5,4	4,7	
tasso di natalità	6,7	7,1	
tasso di mortalità	10	9,9	

Inoltre il bacino di utenza si potenzia ogni giorno per effetto dell'elevato pendolarismo verso il centro della città sia per esigenze di lavoro (400 mila/giorno) che per "pendolarismo sanitario" (10 mila/giorno).

Non da ultimo deve essere considerato il flusso turistico (in particolare verso il Vaticano) stimato, prima della pandemia, intorno alle 40mila/giorno.

Vanno inoltre aggiunti, nel conteggio della popolazione totale, i detenuti nei due istituti carcerari:

- Casa circondariale di Regina Coeli, dove si registra la presenza media di circa 900 detenuti, con un turn over di circa 5.000 detenuti l'anno.
- Istituto Penale Minorile di Casal del Marmo, che ospita mediamente 70 detenuti di età compresa tra 14 – 25 anni.

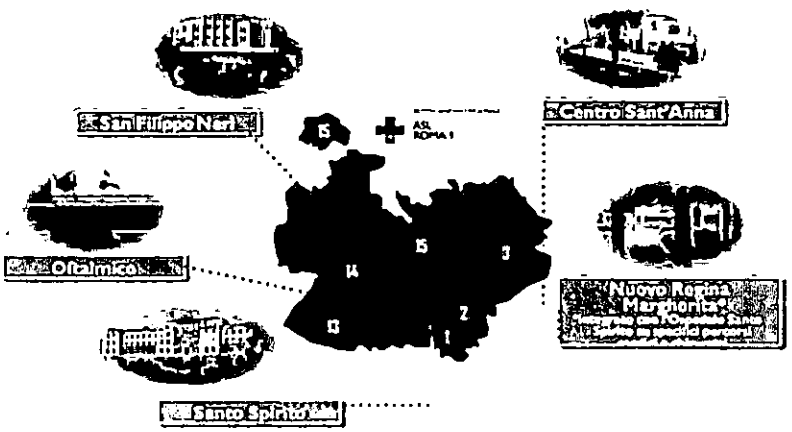
2.3 Servizi erogati e rete di offerta

Le prestazioni sanitarie della ASL Roma 1 (sia di ricovero che ambulatoriali) vengono erogate attraverso una complessa rete di offerta, che include strutture a gestione diretta, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, Ospedali Classificati nonché un elevato numero di strutture accreditate.
Per esigenze di rappresentazione e semplificazione si suddividerà l'offerta in strutture ospedaliere e strutture distrettuali.

STRUTTURE OSPEDALIERE

L'Azienda opera direttamente sul territorio attraverso 3 strutture ospedaliere:

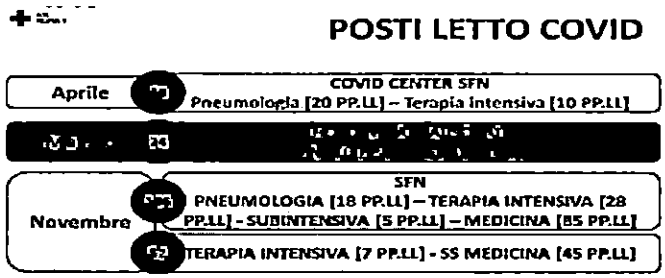
- **San Filippo Neri**: sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I livello, spoke di II livello nella rete dell'emergenza cardiologica, sede di Team Neurovascolare/Pronto Soccorso Esperto (TNV/PSe) nella rete dell'ictus cerebrale acuto, Pronto Soccorso (PST) nella rete di assistenza al trauma grave – che integra per alcuni percorsi assistenziali il Presidio **Sant'Andrea di via Cassia**; aggiungere reparti Covid
- **S. Spirito**: sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I livello, spoke di II livello nella rete dell'emergenza cardiologica, sede di Team Neurovascolare/Pronto Soccorso Esperto (TNV/PSe) nella rete dell'ictus cerebrale acuto, Pronto Soccorso (PST) nella rete di assistenza al trauma grave - che integra per alcuni percorsi assistenziali il **Nuovo Regina Margherita** e il **Centro Sant'Anna**;
- **Monospecialistico Oftalmico** centro di riferimento regionale per la patologia oculare – sede di Pronto Soccorso



Nella tabella che segue sono riportati i posti letto come da Programmazione della Rete Ospedaliera definita con il DCA 257/2017 e s.m.i.

Struttura Ospedaliera	pp.ll. per ricoveri ordinari	pp.ll. per ricovero in dh/ds
Ospedale Santo Spirito	214	41
Ospedale San Filippo Neri	403	37
Ospedale Oftalmico	8	5
Centro per la Salute della Donna e del Bambino	0	4
TOTALE	625	87

Per fronteggiare l'emergenza Covid la configurazione organizzativa dei posti letto si è modificata di conseguenza e nello specifico: ad aprile 2020 il San Filippo Neri è stato individuato quale Covid Center con un totale di 30 posti letto dedicati (20 Pneumologia e 10 Terapia Intensiva), nel mese di maggio sono state istituite le holding area isolati (10 posti letto al San Filippo Neri e 14 posti letto al Santo Spirito). A novembre con il riacutizzarsi dei contagi e dell'ospedalizzazione sono stati previsti posti letto Covid sia al San Filippo Neri (136 totali) che al Santo Spirito (52 totali) distinti come riportato nella figura di seguito riportata.



Sul territorio sono inoltre presenti altre strutture di ricovero non gestite direttamente dall'Azienda tra cui Policlinici Universitari (Umberto I e A. Gemelli), Aziende ospedaliere (San Giovanni Addolorata e S. Andrea), Classificati (San Pietro, San Carlo, Cristo Re e San Giovanni Calibita), IRCCS (IDI) e 14 accreditati (tra cui Villa Betania e Salus Infirmorum, che hanno completato il percorso di accreditamento). Nel territorio sono inoltre presenti 6 Case di Cura accreditate con reparti ospedalieri di riabilitazione intensiva post-acuzie (cod. 56) e 3 con reparti ospedalieri di lungodegenza medica post-acuzie (cod. 60).

pp.ll. ord/acuti/	pp.ll.DH acuti	pp.ll.ord. Postacuzie	pp.ll.DHpostacuzie
5407	753	480	30

STRUTTURE TERRITORIALI

L'Azienda è inoltre presente direttamente sul territorio con 6 Distretti, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il Dipartimento di Prevenzione a l'Area di Medicina Legale nonché una rete di erogatori privati (Residenze Sanitarie Assistite-RSA, Hospice, strutture riabilitative ex art. 26, strutture ambulatoriali ecc.) che si integrano nei percorsi aziendali.

Le strutture distrettuali della ASL Roma 1 rispondono ad un'ampia gamma di bisogni di salute che spaziano dalla promozione della salute fino alla presa in carico di pazienti complessi e i cui servizi si sintetizzano di seguito:

- Promozione della salute e del benessere in tutti gli ambienti di vita;
- Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria;
- Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- Prevenzione e controllo delle malattie infettive;
- Prevenzione e controllo delle malattie croniche quali ad esempio il diabete e malattie cardiovascolari;
- Screening oncologici per la diagnosi precoce dell'insorgenza dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto;
- Erogazione di prestazioni specialistiche (visite, prelievi, diagnostica ecc.) nei Poliambulatori e Case della Salute;
- Accoglienza (PUA), Cure primarie, Continuità assistenziale e servizi integrati nelle Case della Salute;
- Tutela della salute sessuale e riproduttiva, tutela della salute della donna, percorso nascita, interruzioni volontarie di gravidanza nei Consultori familiari;

- Somministrazione di vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate, internazionali, antinfluenzali ecc.) nei Centri Vaccinali;
- Attivazione di percorsi residenziali (RSA), semiresidenziali (Centri Diurni) o domiciliari per persone non autosufficienti, anche anziane, e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- Autorizzazione e fornitura di ausili e protesi;
- Attivazione delle cure palliative sia in Hospice che a domicilio per quei pazienti affetti da patologie che non rispondono più a trattamenti specifici e curativi;
- Distribuzione di farmaci e presidi;
- Prevenzione, diagnosi e cura di pazienti 0-18 anni con disturbi e patologie neurologiche, psichiatriche o affetti da disagio psico-sociale presso i centri di Tutela salute mentale e riabilitazione età evolutiva (TSMREE);
- Prevenzione e trattamento delle dipendenze da sostanze stupefacenti, alcool, fumo, gioco d'azzardo ecc.) nei servizi per le dipendenze (SerD);
- Tutela della salute all'interno degli Istituti penitenziari di Regina Coeli e di Casal del Marmo.

Di seguito alcuni numeri che illustrano la complessità dell'assistenza territoriale erogata sia direttamente che attraverso strutture accreditate.

Strutture Cure Primarie

N Distretti	6
N. poliambulatori	42
N. Case della Salute	3
N. MMG	897
N.PLS	144
N. Medici di Continuità assistenziale	61
N. Medici Medicina dei Servizi	47
N. Specialisti a convenzione	305
N. Consultori - Centri vaccinali- TSMRE	37
N. strutture Riabilitative ex art.26	3
N. RSA	1
N. Strutture Disabili Adulti	11
N. Hospice	1
DSM -N. Centri Diurni e residenzialità	35
N. SERD	6
N. CSM	16

Nella tabella seguente sono inoltre riportati i centri diurni e i posti di residenzialità del DSM.

DSM - Centri Diurni e Residenzialità	**Posti di residenzialità**
Centri Diurni	218
Strutture semi residenziali (SRSR)	72
Strutture Residenziali (SRTR)	110
Res.Temp. protetta	4
Riab. sul territorio e tecniche Innovative	20

Il territorio della Asl Roma 1 è inoltre caratterizzato inoltre dalla massiccia presenza di strutture accreditate ed in particolare: 5 strutture residenziali psichiatriche, 1 strutture semiresidenziale socioriabilitativa psichiatrica, 16 Residenze sanitarie assistite, 23 strutture riabilitative ex art 26 e 4 Hospice. Si aggiungono poi oltre 150 ambulatori accreditati che erogano prestazioni specialistiche.

	posti
Strutture residenziali psichiatriche	224
Centri Diurni	20
Ex art.26	1672
RSA senescenza/disabilità/ s. dementigene	4367

Hospice	**P.L. residenziali**	**P.L. domiciliari**
4	101	404

2.4 Organizzazione

Con Decreto del Commissario ad acta del 27 gennaio 2020 n. U00020, la Regione Lazio ha approvato l'Atto Aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1153 del 17.12.2019. Il nuovo assetto aziendale è in vigore dal 1 marzo 2020 come definito dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 179 del 27.02.2020.

Il modello organizzativo dell'Azienda è finalizzato alla costruzione di una struttura in grado di gestire i problemi di salute della popolazione residente, intercettando i bisogni espressi ed inespressi, traducendoli in domanda appropriata e riequilibrando l'offerta. L'organizzazione è dunque pensata in un'ottica di processo in grado di attivare percorsi di assistenza e di presa in carico, verificando costantemente le attività poste in essere e sviluppare forme innovative sia dei processi clinico- assistenziali che organizzativo-gestionali.

Uno dei fattori abilitanti del processo di cambiamento che punta alla realizzazione delle strategie aziendali è senza dubbio la nuova organizzazione aziendale che garantisce:

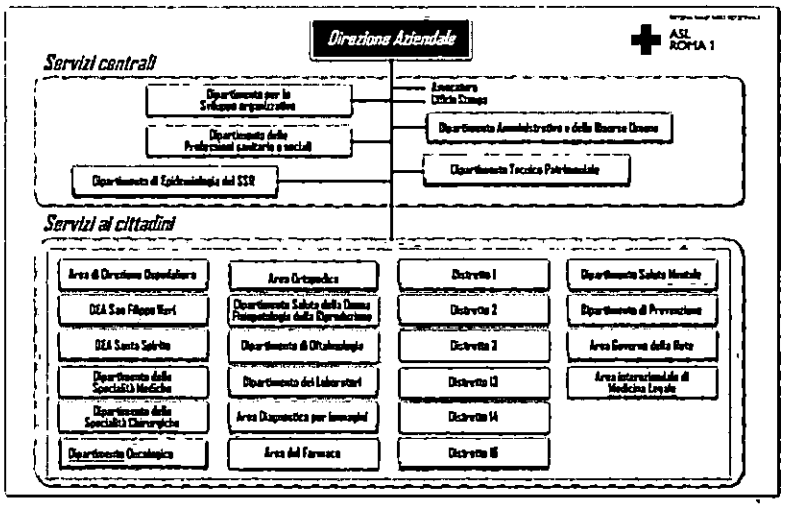
- la realizzazione di processi efficienti e di qualità sia in ambito assistenziale (servizi ai cittadini) che amministrativo-gestionale (servizi centrali);
- l'appropriatezza degli interventi sanitari e non sanitari;
- la disponibilità di personale motivato e con competenze specialistiche.

Le macrostrutture (Dipartimenti, Aree e Distretti) e le Unità Operative Complesse/Unità Operative Semplici Dipartimentali, nell'ambito della loro "mission" devono sempre operare in una visione di processo, con azioni integrate capaci di attivare percorsi integrati di assistenza e presa in carico del paziente e di consentire una costante verifica dei risultati raggiunti. In tale prospettiva, sono stati individuati i Servizi Centrali che creano valore per l'organizzazione e i Servizi ai Cittadini che creano valore per il cittadino per un totale di 27 macrostrutture (15 Dipartimenti, 6 Distretti e 6 Aree) all'interno delle quali sono distribuite 116 Unità Operative Complesse e 41 Unità Operative Semplici Dipartimentali.

L'entrata in vigore del nuovo Atto Aziendale dal 1° marzo 2020 ha previsto entro sessanta giorni la definizione della microstruttura aziendale ricomprendente l'assetto degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione per il comparto.

Con atti deliberativi n.491/2020 e successivo n. 1033/2020 l'Azienda, ha provveduto a graduare gli incarichi di Direzione delle Macro aree, di Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali e delle Aree di Coordinamento funzionali, mentre con delibere n. 565/2020 e successiva 1034/2020 ha definito la micro organizzazione e graduato i relativi incarichi.

Nella figura che segue è rappresentato l'organigramma:

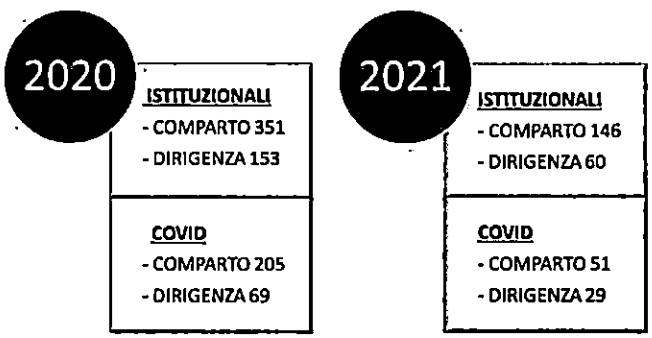


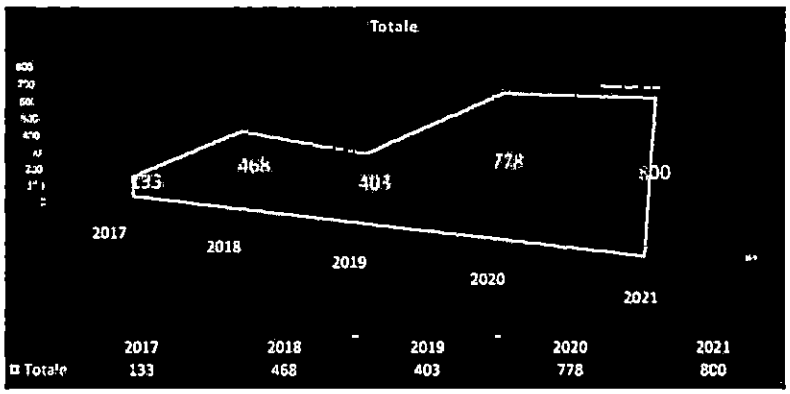
2.5 Personale

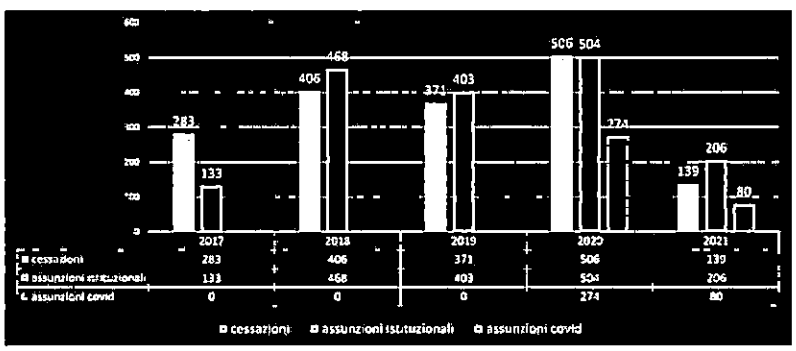
Complessivamente nella ASL Roma 1 lavorano oltre 5.000 professionisti (è escluso dal conteggio tutto il personale di cooperativa di servizi). Nella tabella sotto riportata si evidenzia la consistenza organica al 1 aprile 2021 del personale, distinto tra personale dirigenziale e di comparto, a tempo indeterminato e determinato.

	TEMPO INDETERMINATO		TEMPO DETERMINATO		TOTALE		Diff. 2020 vs 2019	
RUOLO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO	DIRIGENTE	COMPARTO
SANITARIO	1252	2549	130	239	1382	2788	19%	9%
PROFESSIONALE	11	0	4	0	15	0	-10%	0%
TECNICO	20	376	1	70	21	446	-11%	19%
AMMINISTRATIVO	17	506	8	150	25	656	2%	30%
TOTALE	1300	3431	143	459	1443	3890	11%	13%

Per quanto riguarda le assunzioni nel 2020 sono state reclutate complessivamente 778 unità e nel 2021 si stima di raggiungere quota 800 (al 29 marzo 2021 ne erano già assunti 286). Di queste nel 2020 il 35% (274 unità) è stato assunto per l'emergenza in corso mentre nel I trimestre 2021 la percentuale sale al 39%.







Nella ASL Roma 1 operano inoltre una serie di professionisti come i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Continuità Assistenziale, Medici della Medicina dei Servizi e altri professionisti a convenzione, come rappresentato di seguito:

MEDICI DI MEDICINA GENERALE	**837**
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	138
SPECIALISTI AMBULATORIALI	260
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	60
MEDICINA DEI SERVIZI	37
PSICOLOGI a convenzione	11
BIOLOGI a convenzione	5
VETERINARI a convenzione	2

2.6 Bilancio

La tabella che segue evidenzia, per aggregato di costo e ricavo, secondo il piano dei conti regionale che rappresenta univocamente la classificazione dei fattori produttivi, il valore e costo della produzione con i dati a consuntivo del 2019, di previsione dell'esercizio 2020 a seguito di concordamento, nonché di previsione dell'esercizio 2021 in attesa di concordamento.

Conto Economico (000)	Bilancio Consuntivo 2019 (A)	Concordamento 2020 senza costi Covid (B)	Preventivo 2021 senza costi Covid (C)	Preventivo 2021 costi Covid (D)	Preventivo 2021 comprensivo costi Covid (E)
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	2.967.844	2.972.493	3.116.685	-3.400	3.113.285
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	1.934.179	1.939.592	2.131.210	0	2.131.210
RETTIFICA CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	-4.010	-4.607	-4.607	-3.400	-8.007
UTILIZZO FONDI PER QUOTE INUTILIZZATE ESERCIZI PRECENTI	8.100	8.100	8.100	0	8.100
PROVENTI E RICAVI DIVERSI	701.901	697.847	700.411	0	700.411
CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATTIVITA' TIPICHE	246.576	254.188	254.188	0	254.188
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE	13.456	9.741	9.741	0	9.741
COSTI CAPITALIZZATI	17.643	17.643	17.643	0	17.643
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	2.960	2.988.346	3.041.134	44.293	3.085.477
ACQUISTO DI BENI SANITARI	419.784	423.090	426.550	15.032	441.582
ACQUISTO DI BENI NON SANITARI	769	960	813	96	909
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI	2.033.155	2.074.204	2.101.520	10.397	2.111.917
ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI	114.463	89.643	92.028	6.233	98.261
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	11.425	14.063	13.601	815	14.416
GODIMENTO BENI DI TERZI	4.786	5.787	6.286	500	6.786
COSTI PERSONALE	313.368	315.380	323.500	11.220	334.720
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	5.373	5.799	5.599	0	5.599
AMMORTAMENTI	17.949	17.949	17.949	0	17.949
SVALUTAZIONI	0	0	0	0	0
VARIAZIONI DELLE RIMANENZE	-2.871	0	0	0	0
ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	42.093	41.471	53.338	0	53.338
(A-B) DIFFERENZA TRA VALORE E COSTO DELLA PRODUZIONE	7.550	-15.853	75.501	-47.693	27.809
(C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-4.045	-3.915	-3.915	0	-3.915
(D) RETTIFICHE DI VALORE ALLE ATTIVITA' FINANZIARIE		0	0	0	0
(E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	19.092	0	0	0	0
RISULTATO DELL'ESERCIZIO PRIMA DELLE IMPOSTE	22.597	-19.768	71.586	-47.693	23.893
IMPOSTE DELL'ESERCIZIO	22.597	23.359	23.359	535	23.893
RISULTATO DELL'ESERCIZIO	0	-43.127	48.228	-48.228	-0

3. PIANIFICAZIONE TRIENNALE

3.1 Sfide di lungo periodo e linee guida strategiche

La ASL Roma 1, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse ad essa dedicate, ha identificato nell'Atto Aziendale (Delibera n. 877 del 7/10/2016 e Delibera n. 1153 del 17/12/2019) le seguenti le due sfide di lungo periodo:

1.	**Costruire una nuova identità come azienda pubblica di riferimento per i problemi di salute della popolazione**
2.	**Diventare un'azienda moderna, solida e innovativa**

Il percorso verso il raggiungimento delle sfide di lungo periodo, partito nel 2016, ha richiesto azioni congiunte su 10 linee strategiche:

1. **Sistema multicanale di accoglienza e front-office**: Realizzare un servizio di accoglienza e front-office multi-canale, diffuso e integrato, capace di ascoltare, orientare la domanda e farsi carico dei problemi di salute dei cittadini;
2. **Servizi ripensati in ottica di processo**: Attivare e presidiare percorsi di assistenza strutturati e standardizzati, in ottica di processo, al fine di garantire efficacia e equità di trattamento, garantendo una risposta complessiva ai problemi di salute;
3. **Nuove soluzioni organizzative**: Riprogettare l'organizzazione aziendale con un design dei servizi che favorisca la logica di processo, l'integrazione tra la funzione di tutela e presa in carico e la funzione di erogazione di prestazioni da chiunque esercitate, e la definizione di un nuovo assetto tra servizi centralizzati e servizi decentrati;
4. **Conoscenza e utilizzo del patrimonio informativo**: Conseguire una piena comprensione delle esigenze di tutela della salute della popolazione, della domanda espressa e inespressa, dei consumi dei residenti, della produzione propria e di altri erogatori, dei comportamenti prescrittivi e dei livelli di performance delle strutture;
5. **Nuova immagine del servizio pubblico**: Attivare una politica di comunicazione che renda l'attività dell'azienda credibile e riconoscibile sul territorio, faciliti l'accesso ai servizi e crei un nuovo rapporto di fiducia con i cittadini;
6. **Innovazione tecnologica per migliorare i servizi**: Considerare l'innovazione delle tecnologie una condizione permanente di sviluppo e miglioramento dei servizi ai cittadini e del funzionamento della struttura aziendale;
7. **Riorganizzazione e consolidamento delle funzioni amministrative e di staff**: Riprogettare processi e procedure propri delle funzioni amministrative e di staff perfezionando e completando il percorso di fusione e raggiungendo elevati livelli di efficienza e di performance;
8. **Valorizzazione degli asset aziendali**: Razionalizzazione delle sedi di erogazione dei servizi, miglioramento della logistica, del comfort e della sicurezza delle strutture, valorizzazione del patrimonio storico, artistico e monumentale;
9. **Professionisti al centro dell'azienda**: Recuperare la centralità del ruolo e del contributo di tutti i professionisti che lavorano per l'Azienda attraverso il pieno utilizzo degli istituti contrattuali e una politica di welfare aziendale;
10. **Forte cultura aziendale**: Creare e alimentare un'idea condivisa di Azienda che promuova l'integrazione, la partecipazione e il senso di appartenenza tra gli operatori, facendo leva sul patrimonio di competenze esistente e sulla condivisione del processo di cambiamento.

3.2 Masterplan aziendale

Il triennio 2018-2019-2020 si è inoltre contraddistinto dalla definizione progressiva di programmi e iniziative complesse contenuti nel Masterplan della Asl Roma 1 che si articola in 45 progetti di natura strategica. Ogni progetto è coordinato da un Project Manager che guida il gruppo di lavoro verso il raggiungimento di specifici "Bersagli" ovvero cambiamenti significativi nei servizi verso i cittadini o nell'ambito dei servizi centrali.

La delibera n. 955 del 25/10/2019, che ha approvato i 45 progetti complessi a valenza strategica e formalizzato gli incarichi di Project Manager, è stata l'esito di un percorso avviato sin da ottobre 2017 con i dirigenti apicali dell'Azienda una prima fase di l'elaborazione di idee, progetti e programmi strategici su tre tavoli di discussione:

- ASL e Cittadini
- ASL e Pazienti
- ASL e Operatori

Questa fase di è conclusa a febbraio 2018 con l'identificazione dei progetti e l'avvio degli stessi attraverso la nomina di un Project Manager e la costituzione di un Gruppo di lavoro dedicato.

Ogni Project Manager ha redatto, una scheda analitica di supporto (Scheda Progetto) che riporta:

- Descrizione sintetica del progetto
- Obiettivi, azioni e cronoprogramma di progetto

Le schede sono state tutte validate dalla Direzione Aziendale a seguito di incontri settimanali con i singoli Project Manager e, a partire da marzo 2018, il Collegio di Direzione si è riunito mensilmente in forma allargata a tutti i Project Manager con l'obiettivo di condividere un'azione di controllo strategico sull'implementazione dei singoli progetti. Nei primi mesi del 2019 inoltre il Collegio ha condiviso la necessità di un ulteriore momento di verifica sullo stato di avanzamento di ciascun progetto al fine di definire in modo più puntuale gli obiettivi attesi ed estendere la programmazione 2018-2019 sino al 2020.

In funzione di tale esigenza, nel periodo maggio-luglio 2019 la Direzione Aziendale ha nuovamente incontrato ciascun Project Manager per definire congiuntamente i "bersagli", ovvero quei risultati concreti e cambiamenti tangibili che il progetto è in grado di produrre nel biennio 2019-2020, sia per i Servizi ai cittadini che per i Servizi centrali, ribandendo la necessità di tenere alta la tensione verso il risultato.
Di seguito si riportano i 45 progetti approvati con la Delibera sopra citata, a cui si è aggiunto, nel 2020, il progetto di realizzazione del magazzino unico aziendale.

Codice	*Descrizione Progetto*
01_MP	*Implementazione dell'Atto Aziendale e del Piano di riorganizzazione*
02_MP	*Sistema di misurazione e valutazione delle performance*
03_MP	*Verso il Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali*
04_MP	*Piano di riorganizzazione Distretti*
05_MP	*Qualità, sicurezza e innovazione nei percorsi ospedalieri*
06_MP	*Percorsi integrati di salute mentale*
07_MP	*Riqualificazione del Santa Maria della Pietà*
08_MP	*Apertura Case della Salute*
09_MP	*Corsie sistine e Complesso Monumentale Santo Spirito*
10_MP	*Piano di utilizzo delle sedi aziendali*
11_MP	*Il nuovo San Filippo Neri*
12_MP	*Santo Spirito: dalle piattaforme organizzative ai percorsi clinico assistenziali per l'accreditamento*
13_MP	*Nuovo Regina Margherita: percorsi integrati di assistenza*
14_MP	*Riorganizzazione del Dipartimento Salute della Donna e Centro Sant'Anna*
15_MP	*Riorganizzazione dell'attività sanitaria erogata all'interno di Regina Coeli*
16_MP	*Ospedale Oftalmico e rete oftalmologica*
18_MP	*Riorganizzazione dell'attività radiologica*
19_MP	*HUB e certificazioni laboratori*
20_MP	*Razionalizzazione e sviluppo delle tecnologie elettromedicali*
21_MP	*Riorganizzazione dell'Area del Farmaco*
22_MP	*Piano di normalizzazione e sviluppo delle politiche di acquisto*
23_MP	*Piano Aziendale di Sicurezza e Risk Management*
24_MP	*Riorganizzazione dell'attività medico-legale*
25_MP	*Gestione della responsabilità professionale e Comitato valutazione sinistri*
26a_MP	*Ruolo dell'avvocatura aziendale di supporto alle strutture organizzative "Servizi ai cittadini"*
26b_MP	*Ruolo dell'avvocatura aziendale di supporto alle strutture organizzative "Servizi centrali"*
27a_MP	*Trasparenza e anticorruzione*
27b_MP	*Adeguamento GDPR e dematerializzazione*
28_MP	*Razionalizzazione e sviluppo rete e tecnologie informatiche*
29_MP	*Valorizzazione dei Sistemi Informativi aziendali a supporto delle decisioni*
30_MP	*Progetto DEP a supporto della funzione di committenza (mi.salva)*
31_MP	*Sviluppo funzioni di committenza*
32_MP	*Centrale Operativa Aziendale (COA)*
33_MP	*PDTA malattie croniche*
34_MP	*Rete medici a convenzione*
35_MP	*Piano salute migranti e vulnerabili*
36_MP	*Riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione*
37_MP	*Piano screening*
38_MP	*Percorso oncologico*
39_MP	*Percorso nascita*
40_MP	*Piano scuola*
41_MP	*Riduzione e monitoraggio dei tempi di liquidazione fatture*
42_MP	*Sistema contabile unico e ciclo passivo*
43_MP	*Politiche di reclutamento e stabilizzazione del personale*
44_MP	*Piano della formazione*
45_MP	*Welfare aziendale (la ASL che vorrei)*
46_MP	*ASL vicina ai cittadini (la ASL che vorrei)*
47_MP	*Magazzino unico aziendale*

3.3 Pianificazione 2020-2022

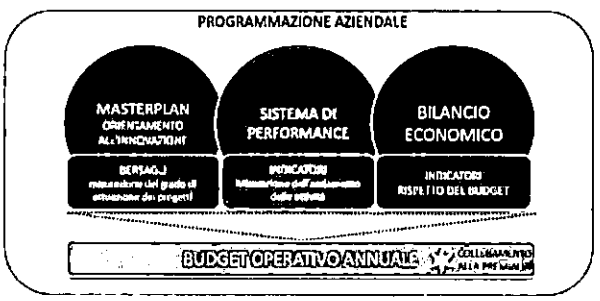
Nel definire gli obiettivi strategici per il periodo 2020-2022 non si può non tener conto della crisi globale, senza precedenti, dettata dall'emergenza Covid-19. I diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e le Ordinanze regionali e del Ministero della salute per determinare il contenimento degli effetti epidemiologici, hanno definito quale priorità strategica quella di governare l'emergenza in corso, determinando l'adozione nell'immediato di una serie di disposizioni urgenti che hanno avuto un impatto organizzativo a tutti i livelli, condizionando la realizzazione di quanto programmato all'inizio del 2020.

Di seguito si riporta una sintesi di quanto affrontato nel corso del 2020 e le linee guida per la performance 2021-2022.

- ✓ ***2020***

All'inizio dell'anno 2020, attraverso una serie di incontri programmati con i Centri di Responsabilità (CdR), l'Azienda aveva avviato un percorso di riconduzione del budget operativo annuale all'interno di un unico sistema che comprendesse:

-obiettivi di **performance aziendali** (cruscotto di indicatori delle singole macrostrutture);
-obiettivi **assegnati al Direttore Generale** dalla Regione Lazio;
-obiettivi strategici (i cosiddetti "**bersagli**") del Masterplan aziendale;
-obiettivi di **sostenibilità economica** (bilancio di previsione concordato con la Regione).



La Direzione aziendale, in accordo con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), aveva a tal proposito dato mandato alla UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione di effettuare la revisione del sistema di performance in un'ottica di razionalizzazione e riduzione del numero di indicatori, da effettuarsi anche attraverso specifici incontri con i Centri di Responsabilità, e con il supporto della UOC Gestione Flussi Informativi Sanitari e Analisi Processi Assistenziali.

Tuttavia l'insorgere della pandemia da COVID 19 ha costretto l'Azienda a rivedere nell'immediato piani e programmi, a sospendere il percorso avviato e ad adottare misure urgenti finalizzate al contrasto della diffusione del virus mettendo in campo tutte le sue risorse, per garantire la propria tenuta e quella del sistema stesso. In generale l'intera organizzazione è stata messa in tensione e tutti i servizi sono stati impegnati nell'attuazione di tali interventi straordinari, imponendo una profonda revisione delle attività e dei percorsi sia in ambito ospedaliero che territoriale.

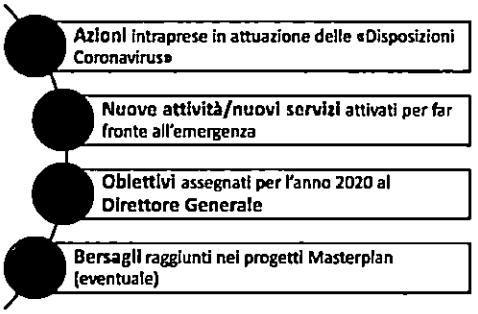
Tali misure sono state attuate anche attraverso specifiche Disposizioni Coronavirus emanate dall'inizio dell'emergenza, le quali, hanno avuto profonde ripercussioni sulla rete di offerta dei servizi e sull'organizzazione del lavoro, quali:

- implementare il sistema di **sorveglianza epidemiologica** allo scopo di identificare e isolare tempestivamente le persone contagiose e i loro contatti e cercare di interrompere la catena di trasmissione del virus, quanto meno a contenerne la diffusione;

- garantire l'adozione e diffusione di adeguate **norme igienico-sanitarie,** nonché l'approvvigionamento dei mezzi di protezione individuale (**DPI**) e regolamentarne l'uso in relazione al rischio professionale;
- organizzare sul territorio **drive in per l'esecuzione di test** provvedendo al loro ampliamento in caso di sovraffollamento, e, nell'ambito della funzione di committenza, in partnership con gli erogatori privati accreditati facenti parte del Gruppo Locale di emergenza Covid;
- garantire il **trattamento e l'assistenza dei casi** attraverso una rimodulazione continua dell'organizzazione dei servizi per intensità di cura, agendo sulla rete di offerta, sia in ambito ospedaliero che territoriale, con contestuale gestione di percorsi di separazione dei flussi dei pazienti Covid e non-Covid che accompagnano l'intero processo di cura del paziente;
- garantire il **potenziamento e la riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale,** oltre che il potenziamento della rete ospedaliera, in particolare dei reparti di pneumologia e terapia intensiva, e dei Pronto soccorso;
- mettere a punto **piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari** ed altri servizi essenziali regolamentandone le modalità operative, prevedendo la necessaria separazione dei percorsi;
- adottare una **nuova organizzazione del lavoro,** introducendo modalità innovative e flessibili, quale lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile e favorire al contempo strategie comunicative e informative/formative con modalità di interlocuzione programmata, attraverso l'implementazione di soluzioni digitali;
- mettere a punto adeguate **strategie di comunicazione** verso i cittadini e gli operatori, anche attraverso i social network e implementare una stretta collaborazione e comunicazione territorio/ospedale ivi compresi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- implementare una **stretta collaborazione e comunicazione territorio/ospedale** ivi compresi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- **monitorare l'attuazione delle azioni** pianificate per fase di rischio e le capacità/risorse esistenti per la risposta all'epidemia;
- **pianificare la strategia vaccinale** iniziata a fine dicembre 2020, in base al documento di programmazione del 12 dicembre 2020, presentato dal Ministro della salute e dalla conseguente strategia regionale;
- **pianificare le risorse aggiuntive** necessarie;
- **monitorare l'efficacia degli interventi** intrapresi in maniera continuativa

Di fatto, quindi, l'anno 2020 è stato caratterizzato dal succedersi di elementi di complessità dettati dall'emergenza, in un contesto peraltro di elevata mutevolezza del quadro epidemiologico. In questo contesto l'iniziale assetto della performance organizzativa, declinata negli obiettivi di struttura, ha dovuto necessariamente essere adeguata.

In considerazione di quanto sopra esposto, prendendo atto che la programmazione 2020 è stata sostanzialmente dettata dalle priorità definite dai provvedimenti nazionali, regionali ed aziendali emanati per fronteggiare l'emergenza Covid, non si è proceduto a formalizzare "schede di budget" secondo le modalità ordinarie. La Deliberazione del Direttore Generale n. 1143 del 21 dicembre 2020 avente ad oggetto "Ciclo della Performance 2020. Definizione delle modalità operative straordinarie del processo di budget 2020 in relazione all'emergenza Covid-19" richiamando la Disposizione Coronavirus del Direttore Generale n. 26/2020 stabilisce che la valutazione 2020 dovrà essere condotta sulla base di una rendicontazione articolata su i seguenti ambiti:



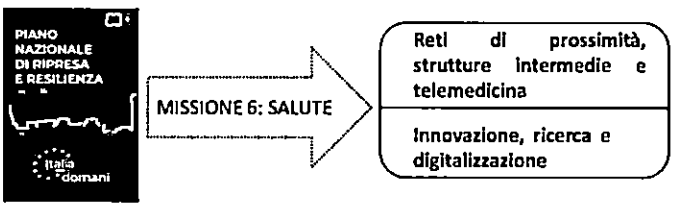
Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale si rimanda alla Deliberazione 22 dicembre 2020, n.1040, pubblicata sul BURL n.155, avente ad oggetto "Definizione, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2020.".

Di seguito si riportano gli obiettivi generali e specifici di cui alla citata DGR con i relativi pesi e punteggi.

OBIETTIVO GENERALE		PESO	OBIETTIVO SPECIFICO		PESO	PUNTI
1	Economico Finanziario	50	1.1	Budget 2020	40	20
			1.2	Tempi di pagamento	60	30
2	Tempi di attesa	10	2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate in fase di lockdown	100	10
3	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera	24	3.1	Gestione emergenza COVID-19	60	14,4
			3.2.1	Governo del rischio clinico (PARM)	20	4,8
			3.2.2	Governo del rischio clinico (PAICA)	20	4,8
4	Patrimonio edilizio e tecnologico	8	4.1	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento	100	8
5	Assistenza territoriale	8	5.1	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	50	4
			5.2	Copertura (Presi in carico) in assistenza domiciliare per l'avvio di attività assistenziale	50	4

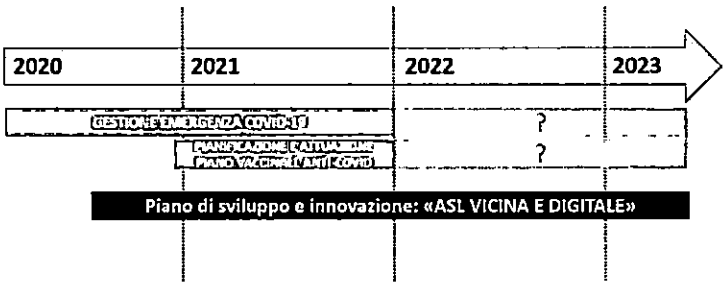
✓ ***2021-2022***

Nell'ambito della cornice strategica sopra descritta, dell'emergenza tuttora in corso, l'Azienda intende porre in essere progetti di natura complessa (anche in continuità con il Masterplan aziendale) che mirino da un lato alla prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 anche attraverso il Piano vaccinale anti-Covid e alla diagnosi e cura dei pazienti positivi; dall'altro, capitalizzando il vissuto del 2020, ad innovare i servizi rendendoli sempre più facilmente accessibili e gestiti con modalità anche a distanza in accordo con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).



In particolare si dovrà intervenire sia a livello di ristrutturazione sedi, di ammodernamento infrastrutture, di adozione delle tecnologie più avanzate, di riorganizzazione dei processi di erogazione delle prestazioni e delle cure attraverso una rete aziendale di elevate competenze digitali, professionali e manageriali.

Per semplicità e chiarezza espositiva si riportano di seguito le principali direttrici sulle quali si sta sviluppando la programmazione per l'anno in corso e per il 2022 sottolineando ancora una volta come lo scenario epidemiologico e l'evoluzione della pandemia presentano elementi di forte incertezza per il futuro e sarà necessaria una revisione della programmazione pluriennale con il mutare delle condizioni.



Di seguito per ogni linea programmatica si elencano i macro ambiti di intervento 2021-2022.

GESTIONE EMERGENZA COVID-19

- Prevenzione e Sorveglianza epidemiologica
- Accertamento diagnostico
- Assistenza ai casi positivi (ad ogni livello)

PIANO VACCINALE ANTI-COVID

- Ricezione, stoccaggio e distribuzione dei vaccini
- Strutturazione e organizzazione rete di somministrazione
- Programmazione, gestione agende e rendicontazione
- Rete e tecnologie digitali a supporto delle procedure
- Vaccino-vigilanza e sorveglianza immunologica

4. PROGRAMMAZIONE ANNUALE 2021

In linea con quanto sopra esposto è di tutta evidenza come i principali obiettivi dell'anno siano il mantenimento delle attività di prevenzione, diagnosi e cura del Covid-19 inclusa l'attuazione del Piano di vaccinazione anti-covid-19 che da dicembre 2020 sta impegnando massicciamente tutta l'Azienda. Parallelamente deve essere garantita l'assistenza sanitaria sia in regime di urgenza che programmata e non da ultimo si deve intervenire sia a livello strutturale che organizzativo per avvicinare sempre più la ASL Roma 1 e i suoi servizi ai cittadini anche attraverso una forte spinta all'innovazione tecnologica e alla digitalizzazione.

Allo stesso tempo proprio in continuità con alcune innovazioni organizzative realizzate in urgenza nel corso del 2020 l'Azienda dovrà consolidare tutte quelle attività e modalità operative poste in essere nella gestione dei pazienti Covid, in larga parte valide anche per l'assistenza ai pazienti no Covid e, più in generale alla popolazione.

L'obiettivo per il 2021 quindi, coerentemente con gli obiettivi che la Regione Lazio assegnerà al Direttore Generale, è quello di rendere la Asl Roma 1 il riferimento per i bisogni di salute della popolazione residente e un'azienda moderna, solida e innovativa nella gestione delle risorse e nei processi organizzativi interni.

Di seguito si riportano i principali ambiti su cui si baserà la programmazione 2021 che sarà oggetto tra giugno e luglio di confronto con i Centri di Responsabilità per la definizione di obiettivi specifici, indicatori e risultati attesi che troveranno formalizzazione nella delibera di budget operativo annuale.

Gestione emergenza COVID-19

• **Prevenzione e Sorveglianza epidemiologia**
o Monitoraggio e tracciamento precoce dei casi e dei contatti
o Isolamento e trattamento
o Sorveglianza attiva
o Sorveglianza nelle scuole
• **Accertamento diagnostico**
o Tipologia di test
o Tipologia di setting (drive-in, unità mobili ecc.)
• **Assistenza ospedaliera**
o Mantenere attivi i posti letto Covid
o Delocalizzazione interventi chirurgici programmati
• **Trattamento dei casi positivi e in isolamento fiduciario**
o Centrali operative distrettuali
o MMG/PLS
o Presa in carico del paziente positivo a domicilio o presso strutture ricettive
• **Approvvigionamento e distribuzione DPI**
• **Reclutamento personale**

Pianificazione e attuazione Piano vaccinale anti-Covid

• **Ricezione, stoccaggio e distribuzione dei vaccini**
• **Strutturazione e organizzazione rete di somministrazione**
o Centri vaccinali aziendali

○ Unità mobili
○ Spoke vaccinali
• Procedura per la gestione della seduta vaccinale e formazione
• Programmazione, gestione agende e rendicontazione
• Rete e tecnologie digitali a supporto delle procedure
• Vaccino-vigilanza e sorveglianza immunologica

Piano di sviluppo e innovazione in accordo con il PNRR: "ASL vicina e digitale"

• Prevenzione e promozione della salute
• Nuove soluzioni organizzative (drive in – hub vaccinali)
• Consolidamento Centrali Operative Distrettuali
• Potenziamento assistenza «a casa» e «da casa»
• Tecnologie digitali per accesso ai servizi e modalità di erogazione Smart e Friendly
• Multicanalità di accesso e call center unico «chiama la ASL»
• Rafforzamento degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati
• Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale

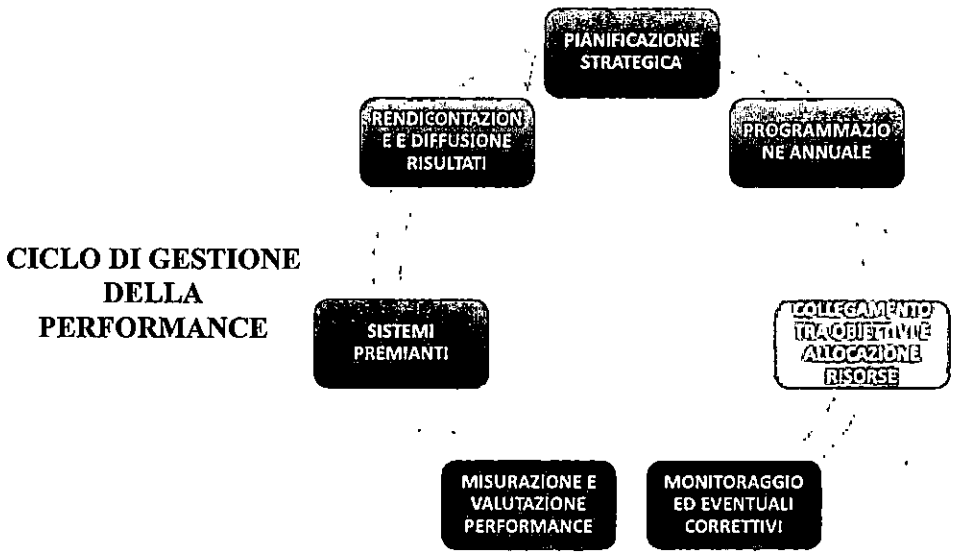
Piano di investimenti strutturali

• Rimodulazione Tecnologie Rete Emergenza – D.L. 34/2020
• Investimenti POR FESR in alta (Risonanza magnetica e TAC al NRM) e medio-bassa tecnologia (apparecchiature per cardiologia, pneumologia, otorinolaringoiatria, ginecologia, riabilitazione ecc.)
• Installazioni Alta Tecnologia: TAC, Acceleratore lineare e Angiografo al San Filippo Neri TAC Santo Spirito, RMN Oftalmico)
• Piano dei Lavori DL 34/2020 - San Filippo Neri (terapia intensiva e sub-intensiva)
• Piano dei Lavori DL 34/2020 – Santo Spirito (terapia intensiva, sub-intensiva e PS)
• Piano dei Lavori DL 34/2020 – Oftalmico (variante 4)

5. CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Ai fini dell'attuazione dei principi generali di cui all'art. 3 del D. Lgs 150/2009, la ASL Roma 1 sviluppa in maniera coerente con la programmazione finanziaria e del bilancio il Ciclo di Gestione della Performance che si struttura nelle seguenti fasi, tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intende raggiungere, dei valori di risultato attesi e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
- misurazione e valutazione della performance;
- utilizzo di sistemi premianti, secondo valorizzazione del merito;
- rendicontazione e diffusione dei risultati.



In sintesi, a partire dalla programmazione regionale pluriennale, dagli obiettivi regionali affidati annualmente al Direttore Generale, dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e, infine dallo stato di salute della popolazione residente, la Direzione aziendale definisce le linee strategiche declinate successivamente nel processo di budget in obiettivi operativi per le varie articolazioni aziendali, definendo, a partire dai valori storici, i relativi indicatori e i risultati attesi, oggetto questi ultimi di negoziazione con i centri di responsabilità.

Durante l'esercizio di riferimento, si provvede alla misurazione del grado di raggiungimento intermedio della performance con il monitoraggio degli indicatori e dei risultati ottenuti, al fine di evidenziare eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi e consentire di porre in essere le opportune azioni correttive.

A fine esercizio si avvia poi il processo di misurazione e valutazione della performance.

5.1 Programmazione annuale

In relazione ad uno specifico periodo, identificabile con i singoli esercizi annuali, l'Azienda:

- traduce gli obiettivi strategici in programmi e obiettivi operativi individuando nel contempo le unità organizzative a cui demandare il loro raggiungimento;
- sviluppa un adeguato sistema di controllo periodico che, monitorando il progressivo raggiungimento degli obiettivi, ne rileva eventuali scostamenti significativi al fine di intervenire con apposite azioni correttive e di riprogrammazione. Partendo, quindi, dalla strategia pluriennale, attraverso il Piano della Performance, l'Azienda individua gli obiettivi che hanno un orizzonte temporale annuale collegandoli

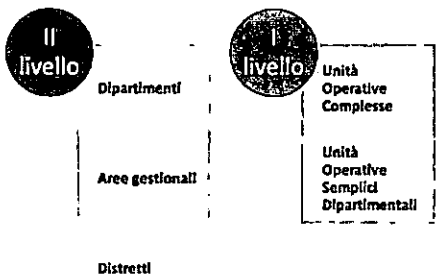
alla programmazione economica e provvedendo ad una capillare e corretta attività di comunicazione e di coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi.

Il processo si concretizza nella procedura di budget annuale, modalità corrente con la quale le strategie di breve termine vengono tradotte in piani, programmi, obiettivi e risultati da conseguire da parte dei diversi livelli di responsabilità dell'Azienda. Esso rappresenta, oltre che uno strumento di governo dell'azienda, anche uno strumento di coordinamento, comunicazione, motivazione e valorizzazione delle Risorse Umane poiché favorisce la partecipazione degli operatori alle fasi di programmazione e consente la valutazione del contributo apportato dai singoli al raggiungimento dei risultati attesi.

CENTRI DI RESPONSABILITÀ DESTINATARI DI BUDGET OPERATIVO

Sulla base dell'assetto organizzativo declinato nell'Atto di Autonomia aziendale, l'Azienda ha individuato i Centri di Responsabilità (CdR) destinatari di budget operativo, anche articolandoli in differenti livelli: CdR di II livello, ovvero Dipartimenti/Distretti/Aree Gestionali e CdR di I livello, ovvero Unità Operative Complesse (UOC) e Semplici Dipartimentali (UOSD).

CENTRI DI RESPONSABILITÀ (CdR)



5.2 Albero della performance

L'albero della Performance è la mappa logica che evidenzia la connessione tra mandato istituzionale, *mission,* aree strategiche e obiettivi strategici, aventi la caratteristica della trasversalità.

La pianificazione strategica, che fissa gli obiettivi dell'intero sistema aziendale con un orizzonte temporale medio/lungo, trae origine da diverse fonti sia sovra-aziendali che aziendali.

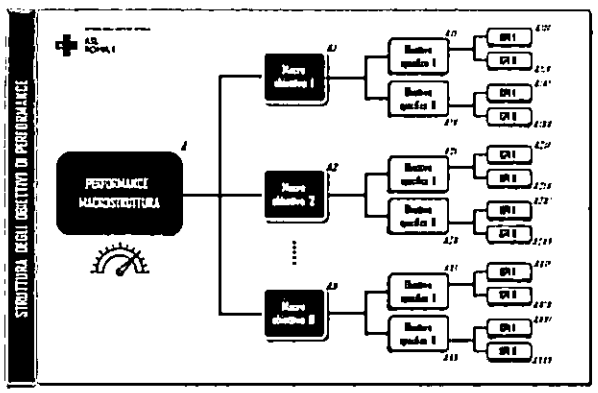
✓ *Livello sovra-aziendale*

A livello sovra-aziendale i principali strumenti di programmazione, pluriennale e annuale, di riferimento sono quelli emanati dalla Regione Lazio:

- DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato "Piano di 29/12/2020 - Bollettino Ufficiale Della Regione Lazio - N. 155 - Supplemento n. 1 riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti con il parere del 28 gennaio 2020 e definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- Deliberazione n. 406 del 26 giugno 2020 della ASL Roma 1 di presa d'atto del DCA n. 81/20, in recepimento del Piano di rientro denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo;

- Obiettivi di mandato del Direttore Generale, collegati al contratto individuale di lavoro stipulato con la Regione Lazio;
- Provvedimenti regionali di assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. - criteri generali e procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

La programmazione annuale verte su un sistema di obiettivi di *performance ad albero*, articolata in obiettivi a livello macro, coerenti con le strategie aziendali e con lo sviluppo di azioni di miglioramento continuo dei processi aziendali, e obiettivi specifici e relativi indicatori, aventi il carattere di misurabilità e riproducibilità.



Gli obiettivi devono essere:

- coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'azienda;
- chiari e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- pertinenti e misurabili quanto più possibile dai sistemi informativi aziendali (SIO, SIAS e SIES, SIAT, TS, Farmaceutica ecc.), regionali (P.RE.Val.E, ecc.) e nazionali (PNE ecc.);
- rapportati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili, all'interno di vincoli di bilancio, concordati con la Regione Lazio e in coerenza ai programmi regionali;
- riferiti ad uno specifico arco temporale e comparabili con i risultati raggiunti nell'anno precedente;
- commisurati, ove possibile, a valori standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con strutture che svolgono attività omologhe.

Ogni Responsabile di macrostruttura (Dipartimento, Distretto o Area), a sua volta, adotta quale strumento di governo delle funzioni di propria competenza, la gestione per obiettivi per ciascuna struttura afferente, attraverso la programmazione operativa di obiettivi e attività, la gestione delle risorse e la valutazione periodica dei risultati conseguiti.

Per le singole strutture aziendali il budget operativo viene ad assumere dunque il significato sia di guida per l'azione che di responsabilizzazione economica.

PROCESSO DI DEFINIZIONE DEL BUDGET OPERATIVO ANNUALE

In coerenza con la strategia e la programmazione annuale aziendale, i Centri di Responsabilità (CdR), attraverso un processo partecipato e condiviso sia all'interno della macrostruttura che con altre strutture aziendali per specifici obiettivi trasversali, propongono obiettivi, indicatori e risultati attesi, specificando altresì le fonti informative utilizzate e le modalità di calcolo, attraverso lo strumento della *"scheda di budget"*.

La Direzione Strategica, supportata dalla UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione, valuta la coerenza delle proposte formulate confermando/modificando indicatori, risultati attesi e pesatura di ogni obiettivo concludendo con la validazione delle schede di budget. Gli obiettivi sono assegnati

in relazione alle risorse disponibili previste dalla programmazione economica aziendale; non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate. Le schede sono poi sottoscritte dai CdR che formalmente, attraverso la sigla di verbali, devono presentarle e condividerle con tutto il personale afferente alla struttura in un'ottica di massima trasparenza e partecipazione.

Il processo di negoziazione si conclude con la formalizzazione delle schede sottoscritte attraverso la Delibera del Direttore Generale avente ad oggetto "Ciclo della Performance – Approvazione delle schede di budget anno 2021".

Tale processo, oltre che uno strumento di governo dell'azienda, si configura anche come uno sistema di coordinamento, comunicazione, motivazione e valorizzazione delle Risorse Umane poiché favorisce la partecipazione degli operatori alle fasi di programmazione e consente la valutazione del contributo apportato dai singoli al raggiungimento dei risultati attesi.

Il processo di budgeting:

- guida le strutture e indirizza la gestione;
- orienta i comportamenti di tutti verso gli obiettivi aziendali;
- integra il livello strategico con il livello operativo;
- favorisce la responsabilizzazione del cambiamento organizzativo;
- favorisce il miglioramento continuo.

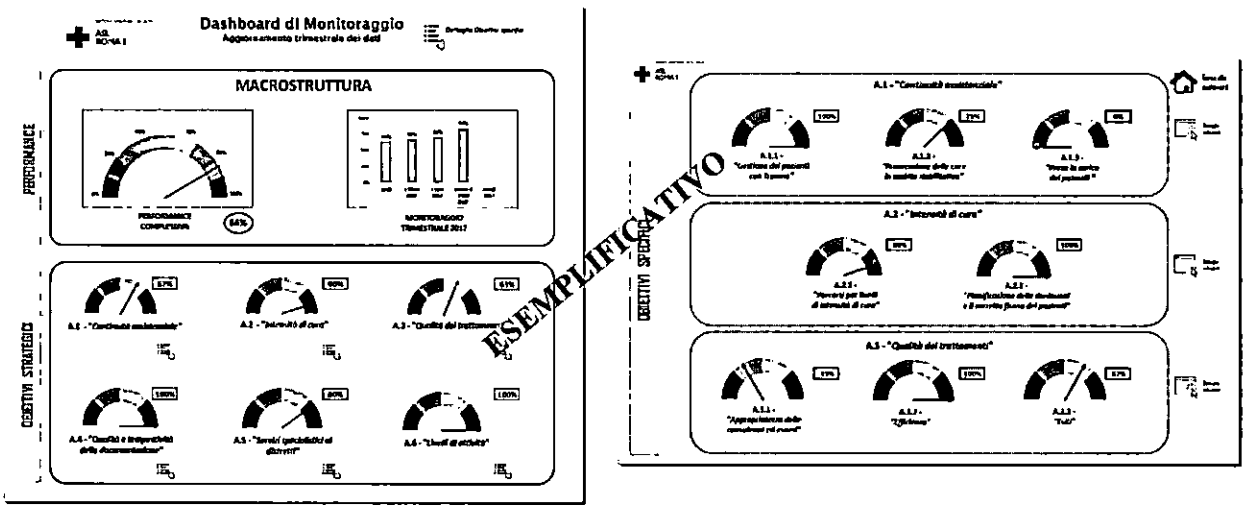
L'Azienda, nella loro identificazione privilegia i seguenti aspetti:

- **Coerenza** rispetto ai bisogni di salute, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte strategiche dell'Azienda
- **Pertinenza e misurabilità** quanto più possibile nell'ambito dei sistemi informativi aziendali (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Informativo Assistenza Specialistica e Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Assistenza Territoriale, Sistema Tessera Sanitaria, Sistema Informativo Assistenza Farmaceutica ecc.) e regionali (Programma Regionale Valutazione Esiti ecc.)
- **Chiarezza e significativo miglioramento della qualità** dei servizi erogati in rapporto alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili, all'interno di vincoli di bilancio, concordati con la Regione Lazio e in coerenza ai programmi regionali;
- **Riferibilità** rispetto ad uno specifico **arco temporale e comparabilità** con i risultati raggiunti nell'anno precedente;
- **Commensurabilità**, dove è possibile, a valori standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con strutture che svolgono attività omologhe;
- **Natura trasversale** degli stessi (sia intra che inter macrostruttura) quale strumento di coesione dell'organizzazione e di orientamento condiviso al raggiungimento degli obiettivi strategici.

5.3 Misurazione e monitoraggio della performance

La fase di monitoraggio presuppone l'attivazione di una serie di reporting periodica che informi tempestivamente i CdR sul grado di raggiungimento degli obiettivi permettendogli di porre in essere misure correttive in caso di scostamenti significativi dal target concordato. La possibilità di disporre tempestivamente di informazioni utili all'analisi dei problemi consente di rendere più mirato il processo decisionale e ad attivare per tempo le opportune misure di correzione.
A tal fine l'Azienda, dal 2017, ha messo a punto a punto un sistema strutturato di misurazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi a partire dagli archivi aziendali dei flussi informativi sia di natura sanitaria (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Informativo Assistenza Specialistica e Sistema Informativo

Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Assistenza Territoriale, Sistema Tessera Sanitaria, Sistema Informativo Assistenza Farmaceutica ecc.) che amministrativo/contabile attraverso la produzione di un report direzionale sintetico (dashboard di monitoraggio), che misuri l'andamento della performance aziendale. Per ogni indicatore presente in reportistica viene specificata sia la modalità di calcolo che la fonte dei dati utilizzata. Di seguito si riporta un esempio di dashboard:



Nel caso in cui ci si trovi in situazioni di comprovata criticità che rendano di fatto impossibile raggiungere il risultato concordato, il Direttore di macrostruttura può presentare, alla UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione quale struttura di supporto alla Direzione Generale, istanza di revisione degli obiettivi recependo a sua volta la richiesta da parte del Direttore della struttura interessata al problema.

La UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione procede alla valutazione in via istruttoria della impossibilità di raggiungimento dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni, oppure a sopravvenute situazioni non prevedibili ed esprime il suo parere sottoponendo la proposta di revisione del budget alla Direzione aziendale per l'eventuale approvazione e conseguente rinegoziazione, comunicando poi l'esito finale al Direttore di macrostruttura.

5.4 Valutazione della performance

Il processo di valutazione, più in generale, costituisce un momento fondamentale per un efficace e coerente piano di sviluppo delle risorse umane.

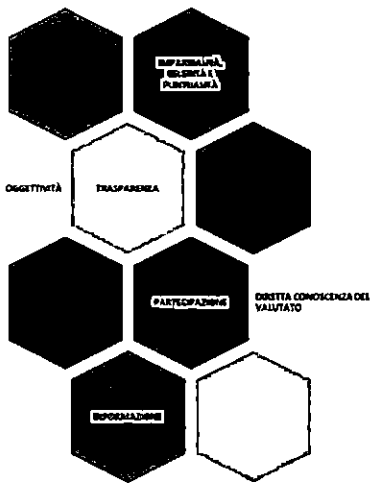
Esso è finalizzato a:

- supportare i singoli nel **miglioramento continuo delle competenze** e della propria professionalità;
- promuovere una **corretta gestione delle risorse umane**, attraverso il riconoscimento del merito;
- evidenziare l'importanza del **contributo individuale** rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- contribuire a creare e mantenere un **clima organizzativo** favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

In applicazione dei CCNL e degli accordi integrativi aziendali, lo strumento della valutazione trova il suo naturale effetto nella gestione della premialità/retribuzione di risultato, quale premio collettivo e individuale da distribuire al personale del comparto e della dirigenza.

Il Sistema di valutazione si ispira ai seguenti criteri:

CRITERI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE



- imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse agli obiettivi assegnati, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione delle relative componenti retributive, inerenti alla retribuzione di risultato a seguito di una tempestiva verifica dei risultati conseguiti;
- trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato nella valutazione con il ricorso, se necessario, al metodo del contradditorio;
- diretta conoscenza del valutato da parte del soggetto che effettua o concorre ad effettuare la valutazione;
- previsione, per tutti i valutati, di una seconda istanza di valutazione a garanzia del rispetto delle procedure, dei tempi e delle fasi previsti dalle disposizioni dell'art. 7) del D. Lgs. 150/2009.

5.5 Performance organizzativa

Tale fattispecie, sia nell'accezione di produzione che strumentale, è collegata al processo di budget annuale a cui si dà avvio con il Piano della Performance e riguarda i Centri di Responsabilità sopra meglio descritti.

La valutazione della performance organizzativa è orientata a rappresentare e misurare:

- attuazione delle politiche di soddisfazione finale dei bisogni della collettività e loro impatto;
- attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi, dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi e del livello di assorbimento delle risorse previsto;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione della trasparenza.

L'architettura del sistema di misurazione e valutazione della performance presuppone che sussistano dei vincoli gerarchici tra indicatori ed obiettivi come già descritto nonché delle specifiche regole che di seguito si riassumono:

- Esiste una relazione uno ad uno tra macro-obiettivo/obiettivo specifico/indicatore ovvero un obiettivo specifico può afferire ad un unico macro-obiettivo e l'indicatore misura esclusivamente quell'obiettivo specifico; conseguentemente un indicatore è riconducibile ad un solo macro-obiettivo;
- Gli obiettivi assegnati alla UOC/UOSD concorrono alla valutazione del Dipartimento, o come singoli obiettivi richiamati nella scheda del Dipartimento con uno specifico peso che può essere diverso da quello dell'unità operativa, oppure come performance complessiva dell'unità operativa a cui si attribuisce un determinato peso;
- Gli obiettivi assegnati alla macrostruttura (Dipartimento, Aree gestionali e Distretti), oltre che quanto definito nel precedente punto, possono includere obiettivi dedicati quali determinate attività di coordinamento sia infra che inter macrostruttura;

6. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ

In considerazione del quadro normativo stabilito dall'entrata in vigore della legge n.190/2012 e dei decreto legislativo n. 33/2013, modificato dal D.Lgs n.97/2016 e n. 39/2013, l'Azienda con delibera n. 90 del 31.01.2017 ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2017-2019, integrato con il programma della Trasparenza e Integrità, che è in via di revisione e di prossima pubblicazione.

Esso costituisce uno strumento di programmazione di cui l'Azienda si dota per improntare l'attività svolta al principio della trasparenza, semplificazione e miglioramento continuo delle procedure, nonché alla prevenzione della corruzione. In esso sono dettagliate le finalità che sinteticamente si riassumono:

- prevenire o segnalare episodi di corruzione e di illegalità;
- definire un piano di comunicazione specifico per la trasparenza comunicativa;
- assicurare il corretto e sicuro trattamento dei dati personali e sensibili.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione.

Sin dal 2017 l'Azienda si è dotata di un **nuovo portale web della ASL Roma 1**, che permette un accesso rapido ai servizi dal punto di vista del cittadino, e che prevede, tra l'altro, la specifica sezione "Amministrazione Trasparente ".

L'Azienda pertanto si impegna dunque ad implementare l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi anche direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e a dare pubblicità di informazioni ai cittadini con aggiornamenti sistematici.

7. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

Contestualmente alla definizione degli obiettivi strategici ed operativi, l'Azienda stabilisce anche i determinanti economici per conseguirli.

Annualmente, infatti l'Azienda provvede alla redazione del Bilancio di Previsione sulla base del processo negoziale degli obiettivi inteso come stima annuale delle risorse necessarie a realizzarli e all'affidamento del budget economico ai Centri Ordinatori diretti di spesa con monitoraggio sistematico infra annuale, dapprima in via provvisoria e successivamente in via definitiva, allorquando è avvenuto il concordamento di compatibilità con la Regione Lazio.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance consente di soddisfare l'esigenza di coerenza del ciclo di programmazione economico-finanziaria con il processo di budget e il Bilancio di previsione.

Sia il budget provvisorio che il Bilancio di Previsione sono adottati dall'Azienda con atto deliberativo.

Nel triennio l'Azienda si impegnerà:

- ✓ a monitorare che le **logiche e i criteri che governano i processi di acquisizione** di beni e servizi e le procedure per la Gestione della spesa e la gestione del budget siano coerenti con quanto concordato annualmente con la Regione Lazio;
- ✓ a monitorare costantemente **i processi di acquisizione** di beni e servizi per l'emergenza COVID in relazione allo stanziamento dei fondi dedicati;
- ✓ a rimuovere gli ostacoli alla tempestività dei pagamenti, dovuti a percorsi organizzativi inefficienti o a inadempienze nelle fasi di registrazione, liquidazione o pagamento delle fatture;
- ✓ ad effettuare una sistematica programmazione volta a ottimizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie
- ✓ a proseguire il percorso verso la certificabilità di bilancio (PAC), secondo le indicazioni regionali, percepito dall'Azienda non come mero adempimento formale, ma piuttosto come un'opportunità strategica oltre che come un momento di crescita professionale.

8. SOGGETTI, RUOLI E AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

8.1 Soggetti e ruoli

Per maggior comprensione si riassumono di seguito i soggetti che intervengono nei sottosistemi di Misurazione e di Valutazione delle Performance aziendali ed i rispettivi ruoli.

Direzione Generale

- Emana le direttive generali contenenti gli indirizzi strategici e adotta il Piano triennale della Performance e la Relazione annuale sulla Performance;
- Approva le schede di performance delle macrostrutture e delle schede di budget operativo delle afferenti strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti sottoscritte dal relativo Direttore/Responsabile;
- Promuove all'interno dell'Azienda la valorizzazione del merito;
- Adotta il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- Approva i risultati del Processo di valutazione delle performance organizzative su proposta dall'Organismo Indipendente di Valutazione.
- Comunicazione risultati

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Di seguito si riportano i compiti principali dell'OIV in materia di misurazione e valutazione della performance:

- Monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborazione di una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi;
- Validazione della Relazione sulla performance da redigere in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali;
- Garanzia della correttezza dei processi di misurazione e valutazione ai sensi della normativa vigente.
- Proposta, sulla base del sistema di misurazione e valutazione, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, della valutazione annuale dei dirigenti di vertice.
- L'OIV inoltre:
- È responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica;

- Supporta l'amministrazione sul piano metodologico e verifica la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale: in particolare formula un parere vincolante sull'aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione;
- Promuove l'utilizzo da parte dell'amministrazione dei risultati derivanti dalle attività di valutazione esterna delle amministrazioni e dei relativi impatti ai fini della valutazione della performance organizzativa;
- Garantisce la corretta gestione procedimentale del processo valutativo;
- Verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.
- Quanto ai compiti degli OIV in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione si rimanda all'art. 1 della Legge 190/2012 così come modificato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (FOIA) nonché agli indirizzi espressi in materia da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione.

Struttura tecnica permanente

La Struttura Tecnica Permanente è preposta a supportare la Direzione Generale nei processi di attribuzione, monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi fornendo dati, informazioni e analisi specifiche, avvalendosi dei flussi informativi presenti in Azienda.
La stessa presidia l'integrità dell'intero sistema e supporta l'OIV nell'esplicazione delle sue funzioni.
Tale struttura si incardina all'interno della UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di Gestione.

UOC Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo di gestione

- Propone il Piano della Performance sulla base dei contenuti concordati con la Direzione Aziendale;
- Gestisce e coordina il Processo di Budget e la misurazione della performance in ambito organizzativo;
- Verifica in via istruttoria l'andamento della performance organizzativa rispetto agli obiettivi assegnati durante il periodo di riferimento e propone, ove necessario, interventi correttivi in corso di esercizio;
- Supporta la Direzione nei processi di negoziazione e approvazione degli obiettivi di budget;
- Valuta preliminarmente in via istruttoria per la Direzione aziendale eventuali richieste di modifica degli obiettivi specifici e/o dei risultati attesi;
- Monitora la congruità dei risultati con gli obiettivi assegnati;
- Supporta l'O.I.V. e la relativa Struttura Tecnica Permanente nello svolgimento delle attività di competenza;
- Propone al Direttore Generale la Relazione annuale sulla Performance.

Direttore di Macrostruttura (Dipartimento/Area gestionale/Distretto)

- Mantiene con la Direzione Aziendale le relazioni indispensabili alla formazione e alla condivisione degli indirizzi, anche attraverso la presenza nel Collegio di Direzione;
- Si confronta periodicamente con la Direzione in merito agli obiettivi generali della Macrostruttura nel suo complesso e definisce gli obiettivi per ciascuna delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali incluse nella Macrostruttura, coerentemente con gli obiettivi strategici aziendali;
- Negozia con la Direzione Generale gli obiettivi di Macrostruttura;
- Negozia gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi con i Direttori/Responsabili di struttura Complessa e semplice dipartimentale afferenti.

Direttore/Responsabile di Unità Operativa Complessa e Semplice Dipartimentale

- Propone in collaborazione con il Direttore del Dipartimento/Area /Distretto di afferenza gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi relativi alla propria struttura, negoziandoli con il medesimo;
- Valuta il personale afferente alla propria struttura tramite confronto.

8.2 Azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance

Nel 2021 si procederà al completamento del percorso di semplificazione e di revisione degli obiettivi e indicatori della performance per il consolidamento del sistema di performance, adottato sin dal 2017, percorso già intrapreso nel 2020 e poi interrotto per il sopravvenire dell'emergenza.

Nel biennio 2021-2022 l'Azienda si impegna periodicamente a valutare il livello di evoluzione del Ciclo di gestione della performance in un'ottica di miglioramento continuo e ad apportare gli eventuali necessari correttivi.

Quanto sopra con tutte le cautele che l'attuale situazione emergenziale richiede, che potrebbe indurre l'Azienda a ripensare, in maniera flessibile ed immediata, alla programmazione e ai propri processi erogativi, anche in considerazione di scelte programmatorie centrali e non solo locali, che si rendono necessarie.

Il Direttore Generale
Dott. Angelo Tanese