

**Deliberazione Commissario Straordinario n. 118**

**del 26/02/2016**

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma  
C.F. e P.I. 04733491007

<b>STRUTTURA PROPONENTE:</b> UOC Controllo di Gestione e Contabilità Analitica
<b>OGGETTO:</b> ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE PER L'ANNO 2016 - INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI GENERALI - NEGOZIAZIONE ANNO 2016
L' Estensore: Elisa Minichiello

<b>Parere del Direttore Amministrativo : Dr. Paolo Farfusola</b> <b>Parere DA:</b> FAVOREVOLE <b>Motivazione Parere Non Favorevole:</b>
<b>Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Maria Grazia Budroni</b> <b>Parere DS:</b> FAVOREVOLE <b>Motivazione Parere Non Favorevole:</b>
Il presente provvedimento <b>non necessita</b> di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale. <p style="text-align: right;">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Vittorio Chinni</p>
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 163 Hash .pdf (SHA256): e5c6764c9a49d4eac656aead92f7afe38d24d33b1f1e280d0b189c4f1a992474 Hash .p7m (SHA256): ee86f6224df79396dd827ab815e86a815d5e320841975ac00320b8094fb5644b Firme digitali apposte sulla proposta: Vittorio Chinni  a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.  Il Responsabile del Procedimento: Elisa Minichiello  Il Dirigente: Vittorio Chinni

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

- VISTE** le Deliberazioni n. 151 del 18/02/2015 e n. 155 del 23/02/2015 relative all'adozione dell'Atto di Autonomia Aziendale, approvato con DCA n. U00111 del 19.03.2015 e pubblicato sul BURL del 21.04.2015;
- VISTA** la Deliberazione n. 1 del 22/01/2016 con la quale si è preso atto del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00003 del 19.01.2016: "Insediamento del Commissario Straordinario dell'ASL Roma 3 – Dr. Giuseppe Legato”;
- VISTA** la deliberazione n. 79 del 15/02/2016 con cui sono state attribuite le funzioni di Direttore Sanitario alla Dr.ssa Maria Grazia Budroni;
- VISTI** il Decreto Legislativo n. 165 del 30/03/2001 e la Legge n. 145 del 15/07/2002, che dettano disposizioni in materia di responsabilità dei Dirigenti rispetto ai risultati dell'attività svolta, alla realizzazione dei programmi e progetti loro affidati in relazione agli obiettivi;
- VISTA** l'adozione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio, Decreto del Commissario ad acta n. U 00247 del 25/07/2014;
- VISTA** l'adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016, Decreto del Commissario ad acta n. U00251 del 30/07/2014;
- CONSIDERATA** la necessità da parte della Direzione Strategica di recepire gli indirizzi dei Programmi Operativi e del Piano Strategico, individuando le varie linee di attività da riportare nell'ambito del processo di budget per l'anno 2016;
- VISTE** le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi richiamate nel D.Lgs. 118/2011; nonché le indicazioni di carattere generale e programmatico fornite con nota del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio prot. n.701293GR/11/22 del 17.12.2014; viste altresì le disposizioni previste dall'applicazione della Spending Review (nota del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio prot. n. 185048 del 08/10/2012 e nota prot. 46104 del 11/03/2013);
- RICHIAMATI** gli obiettivi generali e sostanziali dell'Azienda che di seguito si riportano:
- I. Obiettivi fissati dalla Regione nel Piano di rientro e successive disposizioni attuative, integrati altresì dai Decreti del Commissario ad acta;
  - II. Obiettivi fissati dalla Regione con i Programmi Operativi 2013-2015 con Decreto del Commissario ad Acta U0247 del 25/07/2014;

III. Obiettivi fissati dalla Regione nelle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016 con Decreto del Commissario ad Acta U00251 del 30/07/2014;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90;

**VERIFICATO** che il presente provvedimento non è sottoposto al controllo regionale ai sensi del combinato disposto dell'art. 30 della LR 18/94 e successive modificazioni e degli artt. 21 e 22 della LR 45/96;

**VISTI** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

## DELIBERA

di approvare l'allegato Documento Programmatico anno 2016, costituente parte integrante del presente atto, in cui sono definiti, per l'anno 2016, i seguenti obiettivi generali aziendali:

- I. Obiettivi fissati dalla Regione nel Piano di rientro e successive disposizioni attuative, integrati altresì dai Decreti del Commissario ad acta;
  - II. Obiettivi fissati dalla Regione con i Programmi Operativi 2013-2015 adottati Decreto del Commissario ad Acta U0247 del 25/07/2014;
  - III. Obiettivi fissati dalla Regione nelle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016 adottati con Decreto del Commissario ad Acta U00251 del 30/07/2014;
- di assegnare, per le funzioni proprie di indirizzo e controllo, i succitati obiettivi al Direttore Sanitario Aziendale ed al Direttore Amministrativo Aziendale affinché si possa procedere in modo oggettivo ad una valutazione del loro operato anche ai fini del trattamento economico;
  - di definire, come limite per le risorse da impegnare per le attività aziendali a gestione diretta e per l'acquisizione di prestazioni per i propri cittadini il Bilancio Economico di Previsione 2015 (ridotto del 10%), tenuto conto di tutti i vincoli economici previsti nel Piano di Rientro della Regione Lazio, nei decreti commissariali, nella nota del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio prot. n. 701293GR/11/22 del 17.12.2014 e di tutte le disposizioni successive; nonché le disposizioni previste dall'applicazione della Spending Review, nota del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale della Regione Lazio prot. n. 185048 del 08/10/2012, nota prot. 46104 del 11/03/2013;
  - di dare mandato ai Negoziatori di Macrostruttura (come definito nel Documento Programmatico per l'anno 2016) di:

- portare a conoscenza degli obiettivi generali come ivi definiti i Dirigenti delle UU.OO.CC, UU.OO.SS.DD. e UU.OO.SS.;
  - concordare con le Unità titolari di budget (UU.OO.CC, UU.OO.SS.DD. e UU.OO.SS.) gli obiettivi specifici e le correlate misure, in modo coerente rispetto agli obiettivi generali di Macrostruttura;
- di definire la tempistica del processo di budgeting secondo la seguente articolazione:
- a. negoziazione tra Direzione aziendale e Negoziatori di Macrostruttura a partire dal mese di marzo 2016;
  - b. definizione degli obiettivi specifici individuati e negoziazione degli stessi tra i Negoziatori delle Macrostrutture e le altre strutture titolari di budget con successiva trasmissione alla UOC Controllo di Gestione e Contabilità Analitica entro 7 giorni dalla data in cui è avvenuta la rispettiva negoziazione;
  - c. verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte della UOC Controllo di Gestione e Contabilità Analitica e conseguente deliberazione della Direzione Generale con l'approvazione del budget "obiettivi specifici per l'anno 2016";
- di individuare la U.O.C. Controllo di Gestione e Contabilità Analitica con funzioni di segreteria per le attività di negoziazione.

La Direzione Strategica chiamerà a partecipare agli incontri di negoziazione le professionalità interne all'Azienda che si renderanno necessarie ai fini della negoziazione.

Di dare mandato alla U.O.S.D. Affari Generali di notificare la presente delibera a tutti i Responsabili dei Dipartimenti e delle Aree Funzionali affinché ne diano ampia diffusione interna.

Di adottare la proposta di deliberazione con oggetto: "Attività di pianificazione per l'anno 2016 – Individuazione obiettivi generali", composta di n. 7 pagine e di n. 3 allegati, nei termini indicati.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo on line dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L. R. 31/10/1996 n.45.

**Il Commissario Straordinario  
Dr. Giuseppe Legato**

## **Documento Programmatico anno 2016**

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, con il presente documento, recepisce e laddove necessario specifica, gli obiettivi indicati dalla Regione Lazio, definendo di conseguenza, gli obiettivi di breve periodo per l'anno 2016, proponendoli ai soggetti che hanno la responsabilità di direzione delle Strutture Operative Aziendali e che pertanto negoziano con la direzione strategica.

### **OBIETTIVI GENERALI**

Gli obiettivi generali individuati per l'anno 2016 appartengono alle seguenti classi:

- I. Obiettivi fissati dalla Regione nel Piano di Rientro e successive disposizioni attuative, integrati altresì dai Decreti del Commissario ad Acta;
- II. Obiettivi fissati dalla Regione con i Programmi Operativi 2013-2015 con Decreto del Commissario ad Acta U0247 del 25/07/2014;
- III. Obiettivi fissati dalla Regione nelle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016 con Decreto del Commissario ad Acta U00251 del 30/07/2014;

### **NEGOZIATORI**

Con riferimento all'Atto Aziendale, si intendono per Strutture Operative le seguenti macro articolazioni dell'Azienda:

- Dipartimenti;
- Aree

I Negoziatori sono pertanto i Direttori di dette Strutture o, in caso di vacanza, un Dirigente individuato dalla Direzione aziendale come referente, come di seguito elencati:

Dipartimento di Prevenzione – Dr. Pietro Tomassetti;  
 Dipartimento di Salute Mentale – Dr.ssa Simona De Simone;  
 Dipartimento di Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria – Dr.ssa Daniela Sgroi;  
 Dipartimento di Medicina – Dr. Fabrizio Ammirati;  
 Dipartimento di Chirurgia – Dr. Andrea Niutta;  
 Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) – Dr. Fabrizio Marra;  
 Dipartimento dei Servizi – Dr.ssa Roberta Di Turi;  
 Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi – Dr. Filippo Coiro;  
 Area delle Funzioni di Staff alla Direzione Generale – Dr. Vittorio Chinni  
 UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico – Dr.ssa Paola Masala

## **PROCESSO DI BUDGETING E DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI**

Si articola nelle seguenti tappe:

- a. Deliberazione del documento programmatico anno 2016;
- b. Negoziazione per l'anno 2016 tra Direzione Aziendale e Negoziatori (v. sopra) a partire dal mese marzo 2016;
- c. definizione degli obiettivi specifici tra i Negoziatori di Macrostruttura e i Direttori di UOC o altre strutture titolari di budget e trasmissione degli stessi alla UOC Controllo di Gestione e Co.An. entro 7 giorni dalla data in cui è avvenuta la rispettiva negoziazione, con l'individuazione di obiettivi specifici riportati nelle apposite schede per UOC e per UOS, dirigenza e comparto (secondo il regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance e dei risultati" adottato con delibere n. 4 e n. 5 del 9 gennaio 2014).
- d. verifica di coerenza degli obiettivi specifici individuati al punto precedente da parte della UOC Controllo di Gestione e Co.An. e conseguente deliberazione della Direzione Generale con l'approvazione del budget "obiettivi generali e specifici per l'anno 2016".

### **a) Negoziazione**

In sede di negoziazione gli obiettivi generali saranno integrati con misure quantitative o qualitative misurabili e certificabili.

La Direzione Strategica, nel novero degli obiettivi generali, ne individuerà alcuni, particolarmente significativi, che saranno assegnati alla diretta responsabilità del Direttore di Struttura Operativa sui quali lo stesso verrà valutato, inoltre la Direzione Strategica potrà prendere in considerazione obiettivi suggeriti dai Negoziatori sulla base di eventuali proposte scaturite all'interno delle proprie Strutture Operative.

La Direzione Strategica chiamerà a partecipare agli incontri di negoziazione i Direttori di Dipartimento e di Area che possano contribuire a dare supporto tecnico professionale secondo gli specifici argomenti. La negoziazione si concluderà con la sottoscrizione degli obiettivi generali e delle relative misure e pesi.

La scheda di Budget conterrà per ciascun obiettivo il "valore atteso" e il "valore minimo", il peso assegnato, la fonte informativa deputata all'estrapolazione del risultato.

### **b) Definizione degli obiettivi specifici**

Conclusa la negoziazione con la Direzione Strategica, i Direttori che hanno negoziato avvieranno la contrattazione degli obiettivi di propria pertinenza all'interno delle rispettive Strutture, concordando con i titolari di budget (UOC e, a cascata, UOS) gli obiettivi specifici e le misure correlate.

Tale specificazione dovrà avvenire assicurando, da parte del Direttore di Struttura Operativa, la coerenza tra gli obiettivi generali sottoscritti e gli obiettivi specifici.

### **c) Verifica degli obiettivi specifici**

Sarà compito del Direttore che ha negoziato, proporre alla Direzione Strategica, l'insieme degli obiettivi specifici di ciascuna unità titolare di budget, che complessivamente considerati costituiranno il piano di attività per l'anno 2016 dell'intera Struttura. La UOC Controllo di

Gestione e Co.An. verificherà la coerenza tra gli obiettivi generali sottoscritti e gli obiettivi specifici, richiedendo, ove necessario, opportune modifiche ed integrazioni ai Direttori che hanno negoziato.

Al fine del riscontro del raggiungimento degli obiettivi contrattati, i singoli Negoziatori saranno responsabili della verifica di coerenza degli stessi obiettivi contrattati con quelli di carattere generale sottoscritti in sede di negoziazione.

#### **d) Deliberazione**

Al termine di tali attività, la Direzione Strategica adotterà apposito atto deliberativo di approvazione dei Budget generali e specifici; tale documento sarà pertanto composto dai piani di attività delle strutture operative (ciascuno dei quali comprendente gli obiettivi generali e obiettivi specifici, le misure correlate ed i pesi, per ogni Unità titolare di budget).

### **PROCESSO DI MONITORAGGIO E DI VALUTAZIONE**

#### **Monitoraggio**

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle macro articolazioni dell'Azienda, verrà effettuato dalla UOC Controllo di Gestione e Co.An..

Tutti i Negoziatori delle Macro – Strutture dovranno inviare alla UOC sopracitata, una relazione sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati secondo il calendario indicato nella successiva delibera di approvazione del documento di budget aziendale 2016.

Le relazioni dovranno essere corredate di tutti gli allegati idonei alla verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi. Il mancato rispetto delle tempistiche previste per l'invio delle suddette relazioni, nonché la non rispondenza delle stesse rispetto a quanto richiesto nelle schede di budget, verrà considerato mancato raggiungimento degli obiettivi.

Tutti i responsabili di UOS dovranno trasmettere una relazione sintetica, corredata della relativa scheda di budget completa dei valori numerici di monitoraggio al Responsabile di UOC e questo ultimo al Negoziatore di Macrostruttura di afferenza.

#### **Verifica dei risultati**

- Per i Negoziatori di Macrostruttura, la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dalla U.O.C. Controllo di Gestione e Co.An. e da questi successivamente trasmessa alla UOC Risorse Umane (Verifiche e Sistemi premianti) e quindi all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).
- Per i Direttori di UU.OO.CC., la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Negoziatore della struttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOC Risorse Umane (Verifiche e Sistemi premianti) e quindi all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).
- Per i Dirigenti delle UU.OO.SS., la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore della U.O.C., vistata dal Negoziatore della struttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOC Risorse Umane (Verifiche e Sistemi premianti) e quindi all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

## **Criteri delle verifiche**

Per assicurare la migliore e più trasparente azione di verifica sarà necessario seguire i seguenti criteri:

- le verifiche saranno condotte in base a documentazione e numeri oggettivi e comprovabili;
- le verifiche non dovranno essere generiche ma specifiche per ogni struttura;
- nei casi in cui il Direttore sovraordinato non raggiungesse un obiettivo, il mancato raggiungimento dovrà trovare corrispondenza anche in una o più delle strutture sotto ordinate;
- la U.O.C. Risorse Umane (Verifiche e Sistemi Premianti) verificherà la completezza dei risultati raggiunti e la coerenza tra i risultati delle strutture sovra ordinate con quelli delle strutture sotto ordinate;
- qualora il valore di raggiungimento dell'obiettivo fosse inferiore al “valore minimo accettabile” l'obiettivo si intenderà non raggiunto. All'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verranno trasmesse le giustificazioni/argomentazioni a supporto dell'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo, per l'opportuna specifica valutazione.

## **RISORSE**

In merito alle risorse economiche disponibili, le stesse sono fissate con nota della Regione Lazio – Dipartimento Programmazione Economica e Sociale in materia di Spending Review prot. n. 185048 del 08/10/2012 e nota prot. 46104 del 11/03/2013 e con nota della Regione Lazio Dipartimento di Programmazione Economica e Sociale prot. n. 701293/GR/11/22 del 17/12/2014, con oggetto: “Bilancio Preventivo Economico Annuale anno 2015 – art. 25 D. Lgs. 118/2011, ridotto del 10%.

**In allegato segue l'elenco degli Obiettivi generali (Allegato B – C - D del DCA 248/2015).**



TAB. B.1.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA)  
 ASI ROMA B, ROMA C, ROMA D, ROMA E, ROMA F, ROMA G, ROMA H, RIETI, VITERBO, LATINA E FROSINONE

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				9	6	3	0
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib). N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con dati completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2015/N; soggetti delle coorti di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015	1	tutte >= 95%	tutte >= 93%	una < 93%	piu di 1 < 93%
				>= 95%	92% - 95%	< 92% e in aumento	< 92% e non in aumento
1	Prevenzione	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR). N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con dati completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2015/N; soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015	0,2	>= 75%	64% - 75%	< 64% e in aumento	< 64% e non in aumento
				>= 75%	64% - 75%	< 64% e in aumento	< 64% e non in aumento
2	Prevenzione	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale negli anziani (>= 65 anni) N. soggetti di età > 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N; soggetti di età > 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento dello screening	0,2	>= 85	80 - 85	< 80 e in aumento	< 80 e non in aumento
				>= 85	80 - 85	< 80 e in aumento	< 80 e non in aumento
3	Prevenzione	Preparazione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello con un programma organizzato, per servizi uterini, mammografia, carcinoma mammario / (Iscrizioni residenti ES/08) / 21 - Persone in età target che seguono il test di screening per uterino / (Iscrizioni residenti) (25-64) / 31 - Persone in età target che seguono il test di screening per tumore colon retto / (Persone residenti) (50-69) / 21 * 100	0,5	>= 98% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015	50%-98% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015	<50% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e in aumento	<50% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e non in aumento
				>= 98% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015	50%-98% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015	<50% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e in aumento	<50% di quanto assegnato con nota prot.3304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e non in aumento
4	Prevenzione salute nei luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,4	Controlli effettuati >= 99,5% e prevalenza della qualifica di Regione o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1%	Controlli effettuati <= 99,5% e >= 98% e inoltre per le seguenti cause: - prevalenza delle aziende < 0,2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >= 99,5% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento	Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente indemni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli >= 98% e >= 99,5% dei controlli e prevalenza in aumento.	Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente indemni con controlli < 98% o con prevalenza nelle aziende > 0,1%); Regioni non Ufficialmente indemni con controlli < 98%
				Controlli effettuati >= 99,5% e prevalenza della 3 specie < 0,2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >= 99,5% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento	Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente indemni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli >= 98% e >= 99,5% dei controlli e prevalenza in aumento.	Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente indemni con controlli < 98% o con prevalenza nelle aziende > 0,1%); Regioni non Ufficialmente indemni con controlli < 98%	
5	Prevenzione	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allasamenti controllati per TB C Bovina e trend della prevalenza		Controlli effettuati >= 99,8% per ciascuna delle 3			

TAB. B.1.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA)  
 ASI ROMA B, ROMA C, ROMA D, ROMA E, ROMA F, ROMA G, ROMA H, RIETI, VITERBO, LATINA E FROSINONE

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				9	6	3	0
5		5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSIS onicoprina, borina e butirina e, per le Regioni di cui all'art. 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricambio e dei tempi di refrigerazione degli esiti di laboratorio in almeno 180% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie	0,4	specie e, per ciascuna specie, conferma della qualità di Regioni ufficialmente intese, o per le Regioni prive di qualità; prevalenza delle aziende < 0,2% con trend in diminuzione	Regioni dell'OM >= 99,8% dei controlli per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione	Regioni dell'OM Controlli effettuati >= 98% e < 99,8% dei controlli per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione	Regioni dell'OM < 98% e non in aumento delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi di refrigerazione e dei tempi di laboratorio in almeno 180% dei casi (dati rilevabili attraverso SAMANI).
6	Prevenzione	5.3 ANAGRAFICI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana; percentuale di aziende onicoprine controllate (3%) per onicoprine onicoprina	0,1	>= 99,7%	98% - 99,6%	95% - 97,2%	< 95%
7	Distribuzione	6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale; percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	0,3	>= 98%	90% - 97,9%	80% - 89,3%	< 80%
8	Distribuzione anziani	6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE; percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	0,1	>= 160	< 160 e >= 120	< 120 e >= 50	< 50
9	Distribuzione	6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitofarmaci degli alimenti vegetali (tabella 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti	0,2	>= 90% in tutte le categorie previste dal DM	>= 90% in 4 delle categorie previste dal DM e > 70% nell'altro	>= 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nelle altre, oppure > 90% in 2 delle categorie previste dal DM e < 80% nelle altre	> 70% in almeno 2 categorie
10	Distribuzione	7 Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie ereditarie in ricovero ordinario; asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fase di età)	1,11	<= 590	590 - 560	> 560 e in diminuzione	> 560 e non in diminuzione
11	Distribuzione	8 Percentuali di anziani >= 65 anni trattati in ADI	2,22	>= 1,8	>= 1,1 e < 1,8	< 1,1 e in aumento	< 1,1 e non in aumento
12	Distribuzione	13 Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,56	5,1 - 7,5 estremi inferiori	3 - 5,1 o 7,5 - 9	< 3 e in aumento o > 9 e non in aumento	< 3 e non in aumento o > 9 e in aumento
13	Distribuzione	14 Identità posti in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.	1,11	>= 10,2	>= 6,3 e < 10,2	< 6,3 e in aumento	< 6,3 e non in aumento
14	Distribuzione	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	<= 160	160 - 170	> 170 e non in aumento	> 170 e in aumento
15	Ospedalizzazione	15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	<= 7	7 - 13	> 13 e in diminuzione	> 13 e non in diminuzione

**TAB. B.1.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA)**  
**ASL ROMA B, ROMA C, ROMA D, ROMA E, ROMA F, ROMA G, ROMA H, RIETI, VITERBO, LATINA E FROSINONE**

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				9	6	3	0
		15,3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	<= 90	90 - 117	> 117 e in diminuzione	> 117 e non in diminuzione
16	Ospedaliere	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (per osp. a gestione diretta)	1,5	> -42%	35% - 42%	< 35% e in aumento	< 35% e non in aumento
17	Ospedaliere	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di incomplicazioni (diag. B parte per la sezione 2020-2021) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di incomplicazioni in regime ordinario (per osp. a gestione diretta)	2,5	<= 0,29	0,29 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione	> 0,39 e non in diminuzione
18	Ospedaliere	Percentuale parti cesari primari (per osp. a gestione diretta)	1	<= 18%	18% - 23%	> 23% e in diminuzione	> 23% e non in diminuzione
19	Ospedaliere	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (per osp. a gestione diretta)	1	>= 55%	30% - 55%	< 30% e in aumento	< 30% e non in aumento

Punteggio	Moltiplicatore
>= 128	1,00
127	0,96
126	0,91
125	0,87
124	0,83
123	0,78
122	0,74
121	0,70
120	0,65
119	0,61
118	0,57
117	0,52
116	0,48
115	0,43
114	0,39
113	0,35
112	0,30
111	0,26
110	0,22
109	0,17
108	0,13
107	0,09
106	0,04
< 106	Indeterminante, griglia LEA - 0,00

**TAB. B.2.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AL RAGGIUNGIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO  
TUTTE LE AZIENDE USL**

<p>Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale – tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base dell'effettivo numero di cessazioni verificatesi nel corso dell'anno;</li> <li>• Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati;</li> <li>• Altri Beni e Servizi;</li> <li>• Medicina di Base;</li> <li>• Farmaceutica Convenzionata;</li> <li>• Altre prestazioni da privato.</li> </ul>	<p>Valore dell'indicatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• compreso tra 0 e 75% - 0% completamento;</li> <li>• compreso tra 75% e 85% - 50% completamento;</li> <li>• compreso tra 85% e 95% - 80% completamento;</li> <li>• compreso tra 95% e 100% - 100% completamento.</li> </ul>	$\frac{\sum_{i=1}^n (CONS\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}{\sum_{i=1}^n (BDG\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}$ <p>dove "i" sono le singole voci di costo controllabili da parte dell'Azienda</p>																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Moltiplicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>≥ 95%</td><td>1,00</td></tr> <tr><td>94%</td><td>0,95</td></tr> <tr><td>93%</td><td>0,90</td></tr> <tr><td>92%</td><td>0,86</td></tr> <tr><td>91%</td><td>0,81</td></tr> <tr><td>90%</td><td>0,76</td></tr> <tr><td>89%</td><td>0,71</td></tr> <tr><td>88%</td><td>0,67</td></tr> <tr><td>87%</td><td>0,62</td></tr> <tr><td>86%</td><td>0,57</td></tr> <tr><td>85%</td><td>0,52</td></tr> <tr><td>84%</td><td>0,48</td></tr> <tr><td>83%</td><td>0,43</td></tr> <tr><td>82%</td><td>0,38</td></tr> <tr><td>81%</td><td>0,33</td></tr> <tr><td>80%</td><td>0,29</td></tr> <tr><td>79%</td><td>0,24</td></tr> <tr><td>78%</td><td>0,19</td></tr> <tr><td>77%</td><td>0,14</td></tr> <tr><td>76%</td><td>0,10</td></tr> <tr><td>75%</td><td>0,05</td></tr> <tr><td>&lt; 75%</td><td>Inadempiente Equilibrio EcoFin - 0,00</td></tr> </tbody> </table>	Punteggio	Moltiplicatore	≥ 95%	1,00	94%	0,95	93%	0,90	92%	0,86	91%	0,81	90%	0,76	89%	0,71	88%	0,67	87%	0,62	86%	0,57	85%	0,52	84%	0,48	83%	0,43	82%	0,38	81%	0,33	80%	0,29	79%	0,24	78%	0,19	77%	0,14	76%	0,10	75%	0,05	< 75%	Inadempiente Equilibrio EcoFin - 0,00	
Punteggio	Moltiplicatore																																														
≥ 95%	1,00																																														
94%	0,95																																														
93%	0,90																																														
92%	0,86																																														
91%	0,81																																														
90%	0,76																																														
89%	0,71																																														
88%	0,67																																														
87%	0,62																																														
86%	0,57																																														
85%	0,52																																														
84%	0,48																																														
83%	0,43																																														
82%	0,38																																														
81%	0,33																																														
80%	0,29																																														
79%	0,24																																														
78%	0,19																																														
77%	0,14																																														
76%	0,10																																														
75%	0,05																																														
< 75%	Inadempiente Equilibrio EcoFin - 0,00																																														

**TAB. B.3.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AL COMPLETAMENTO DELL'INTEGRAZIONE CON ASUR E ALLA COMPLETEZZA E ALLA QUALITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI (punti C2 e C3 del questionario LEA)**

**TUTTE LE AZIENDE SANITARIE AD ESCLUSIONE DI ARES 118**

Collegamento con ASUR attivo, scarico regolare delle code e piena integrazione con almeno 1 sistema aziendale			
Valutazione finale di completezza (C2)	Valutazione finale di qualità (C3)		
	≤ 25	> 25 e < 40	≥ 40
> 45 e nessun flusso mancante	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	0,8	1
> 40 e nessun flusso mancante	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	0,6	0,8
≤ 40 oppure uno o più flussi mancanti	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	Indempiente Flussi Informativi - 0,00

Collegamento con ASUR non attivo o mancata piena integrazione con almeno 1 sistema aziendale			
Valutazione finale di completezza (C2)	Valutazione finale di qualità (C3)		
	≤ 25	> 25 e < 40	≥ 40
> 45 e nessun flusso mancante	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	0,4	0,5
> 40 e nessun flusso mancante	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	0,3	0,4
≤ 40 oppure uno o più flussi mancanti	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	Indempiente Flussi Informativi - 0,00	Indempiente Flussi Informativi - 0,00

I riferimenti per le valutazioni finali di completezza e qualità saranno opportunamente riproporzionati in caso di presenza di flussi non applicabili all'azienda considerata

**ARES 118**

Collegamento con ASUR attivo, scarico regolare delle code e piena integrazione con almeno 1 sistema aziendale	SI	NO
	1,00	0,50

**TAB. C.1 - Indicatori utilizzati dal network delle Regioni**  
**La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 30 punti**

Codice indicatore	Descrizione Indicatore	Aziende interessate
<b>VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE ( A )</b>		
<b>A1</b>	<b>Mortalità</b>	
<b>A1.1</b>	Mortalità nel primo anno di vita	AUSL
<b>A2</b>	Mortalità tumori	AUSL
<b>A3</b>	Mortalità per malattie circolatorie	AUSL
<b>A4</b>	Mortalità per suicidi	AUSL
<b>CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI ( B )</b>		
<b>B4</b>	<b>Strategie per il controllo del dolore</b>	
<b>B4.1.1</b>	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	AUSL
<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>	
<b>B7.3</b>	Copertura vaccinale papilloma virus (HPV)	AUSL
<b>B7.4</b>	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	AUSL
<b>B7.5</b>	Copertura vaccinale antimeningococcico	AUSL
<b>B7.6</b>	Copertura vaccinale antipneumococcico	AUSL
<b>VALUTAZIONE SANITARIA ( C )</b>		
<b>B8</b>	<b>Malattie infettive</b>	
<b>B8.1</b>	Proporzione malattie invasive batteriche con ceppo microbico tipizzato	AUSL
<b>B8.3</b>	% Esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	AUSL
<b>C2a</b>	Indice di performance degenza media per acuti	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C3.3</b>	Indice di performance della degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	
<b>C4.8</b>	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti	AUSL
<b>C14.3</b>	% ricoveri ordinari medici brevi	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C14.3a</b>	Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti	AUSL
<b>C14.4</b>	% di ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C4</b>	<b>Appropriatezza Chirurgica</b>	
<b>C4.1</b>	% Drg medici da reparti chirurgici	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C4.1.1</b>	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C4.1.2</b>	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C4.4</b>	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C4.7</b>	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C5</b>	<b>Qualità di processo</b>	
<b>C5.3</b>	% prostatectomie transuretrali	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C7</b>	<b>Materno-Infantile</b>	
<b>C7.7</b>	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	AUSL
<b>C7.7.1</b>	Tasso di ricovero nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	AUSL
<b>C8a</b>	<b>Integrazione ospedale-territorio</b>	
<b>C8b.2</b>	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	AUSL
<b>C8a.19</b>	<b>Pediatria di base</b>	
<b>C8a.19.1</b>	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	AUSL
<b>C8a.19.2</b>	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	AUSL
<b>C10</b>	<b>Percorso oncologico</b>	
<b>C10.2.1</b>	% di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C17.1</b>	<b> Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella</b>	
<b>C17.1.1</b>	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C17.1.2</b>	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C17.5</b>	<b> Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata</b>	
<b>C17.5.1</b>	% ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C17.5.2</b>	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C13a</b>	<b>Appropriatezza prescrittiva diagnostica</b>	
<b>C13a.2.2.1</b>	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)	AUSL
<b>C13a.2.2.2</b>	% pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	AUSL
<b>C15</b>	<b>Salute mentale</b>	
<b>C8a.13</b>	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	AUSL
<b>C8a.13.2</b>	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per azienda di erogazione	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>C8a.5</b>	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	AUSL
<b>C16</b>	<b>Pronto Soccorso</b>	
<b>C16.1</b>	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S.
<b>C16.2</b>	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S.
<b>C16.3</b>	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S.
<b>C16.4</b>	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S.
<b>C16.7</b>	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S.
<b>C18</b>	<b>Appropriatezza chirurgia elettiva</b>	
<b>C18.1</b>	Tasso osp. Tonsillectomie per 100.000 residenti (0-17 anni)	AUSL
<b>C21</b>	<b>Compliance assistenza farmaceutica</b>	
<b>C9.2</b>	% di abbandono delle statine (Ipolipemizanti)	AUSL
<b>C9.9.1.1</b>	% di abbandono di pazienti in terapia con Antidepressivi	AUSL

**TAB. C.1 - Indicatori utilizzati dal network delle Regioni**  
 La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 30 punti

Codice indicatore	Descrizione Indicatore	Aziende interessate
<b>VALUTAZIONE ESTERNA (D)</b>		
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso	AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S.
D18	% dimissioni volontarie	AUSL esclusa RMA e AAOO
<b>VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)</b>		
F15.2	<b>Sicurezza sul lavoro - Copertura dell'attività ispettiva</b>	
F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	AUSL
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni	AUSL
F15.2.3	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati	AUSL
F15.3	<b>Efficienza produttiva</b>	
F15.3.1	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL	AUSL
F15.3.2	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL	AUSL
F17	Costo sanitario pro-capite	AUSL
F18	<b>Costo medio dell'assistenza ospedaliera</b>	
F18.1	Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti	AUSL esclusa RMA e AAOO
F19	Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini	AUSL e AAOO

**TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D**  
**La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti**

Codice Obiettivo	Obiettivo	Punteggio	Indicatore	Standard	Referente
INV_1	Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematamente aggiornate), presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'elaborazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014)	2	Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L/PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate	Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (r. n. 4) garantire l'alimentazione del flusso informativo. 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate)	GR/11/19
INV_2	Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3	1	Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manufattivo per categorie di opere  Modalità di utilizzo e costi di gestione. Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità  Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione.	25% - Entro l'anno di riferimento	GR/11/19
INV_3	Rivordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dimissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015	1	Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento	40% - Entro l'anno di riferimento	GR/11/19
CLI_1	Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie.	2	Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie	70% - Entro l'anno di riferimento	GR/11/19
FMZ_1	Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica.	1	N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015	≥ 2 eventi formativi realizzati	GR/11/23
FMZ_2	Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi.	1	N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi	≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino	GR/11/23
DEP_1	Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito	2	G. B. Grassi Policlinico L. Di Liegro	Numero di interventi di colostectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	DEP
DEP_2	Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito	2	G. B. Grassi	Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015	DEP



**TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D**  
**La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti**

Codice Obiettivo	Obiettivo	Punteggio	Indicatore	Standard	Referente	
DEP_3	Ridurre la durata della degenza post-operatoria	2	G. B. Grassi	Colicistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colicistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES	≥85%	DEP
DEP_4	Ridurre la durata della degenza pre-operatoria	1	G. B. Grassi	Periodo: entro il II semestre 2015 Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES	≤4 giorni	DEP
DEP_5	Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati	1	G. B. Grassi	Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO	≤35%	DEP
DEP_6	Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili	2	ASL	Periodo: entro il II semestre 2015 Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assisti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015	≤70%	DEP
PRO_1	Ospedale per intensità di cure	4	G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro	Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica	Si in entrambe le strutture	GR/11/01
PRO_2	Riduzione del sovraffollamento in PS (I)	2	G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro	Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture	Almeno il 20% per il Grassi Almeno il 40% per il Di Liegro	GR/11/01
PRO_3	Riduzione del sovraffollamento PS (II)	4	G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro	I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute	3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 in entrambe le strutture	GR/11/01
PRO_4	Durata della degenza	2	G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro	Degenza media totale per acuti in giorni	Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 in entrambe le strutture	GR/11/01
PRO_5	Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio	2	G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro	Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio	Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in entrambe le strutture	GR/11/01
PRO_6	Audit rischio clinico	2	G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro	Numeri di audit effettuati	Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in entrambe le strutture	GR/11/01
TER_1	Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto.	3	Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 Elementi di valutazione a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività	100%	GR/11/15	
TER_2	Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete	1	Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/pazienti con diabete nel territorio della ASL	≥ 80%	GR/11/15	
TER_3	Potenziamento ADI e completezza SIAD	3	Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100	≥ 4%	GR/11/15	

**TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D**  
**La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti**

Codice Obiettivo	Obiettivo	Punteggio	Indicatore	Standard	Referente
PRE_1	Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento	3	Proporzione di casi di screen detected in studio II-ai round successivi a quello di prevalenza* Numero dei casi di screen detected/numero di tutti i casi di screen detected*100	<=25%	GR/11/21
PRE_2	Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillio	2	Percentuale di casi di morbillio per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillio notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillio notificati nel territorio di competenza)*100	>=80%	GR/11/21
PRE_3	Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillio	1	Percentuale di casi di morbillio per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillio notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillio notificati in residenti nel territorio di competenza)*100	>=80%	GR/11/21
LDA_1	Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP	3	Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi)	<50%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	GR/11/06
LDA_2	Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia	3	Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016	L'obiettivo è raggiungibile solo se l'agenda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <50%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	GR/11/06
LDA_3	Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali	2	Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato)	Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70%	GR/11/06
LDA_4	Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata)	2	Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel V trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2)	>= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente	GR/11/06
LDA_5	Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende	2	Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda.	>= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente	GR/11/06

**TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D**  
**La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti**

Codice Obiettivo	Obiettivo	Punteggio	Indicatore	Standard	Referente
FAR_1	1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale, prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi/ previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi/ previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi/ previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani.	6	1. Obiettivo principale  (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015)	- 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 145 €	GR/11/02
			Ulteriore Obiettivo a  Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP	- Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74	
			Ulteriore Obiettivo b  (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine)	- Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80%	
			Ulteriore Obiettivo c  (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati)	- Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92%	
FAR_2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonati; - rinfiltrazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato.	1	$\frac{\sum \text{CE Consumitivo 2015}}{\text{Popolazione con età } \leq 14 \text{ trattata con Cefalosporine 2015}}$ $\frac{\sum \text{Valore Produzione 2015}}{\text{Popolazione con età } \leq 14 \text{ 2015}}$	Valore dell'indicatore ≤ 14%	GR/11/02
FAR_3	Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240).	2	$\frac{\sum \text{CE Consumitivo 2015}}{\sum \text{Valore Produzione 2015}}$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)	Valore dell'indicatore ≤ 10,1%	GR/11/02
FAR_4	Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240).	2	$\sum (\text{CE Consumitivo 2015} - \text{CE IV Trimestre 2014})$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici.	Valore dell'indicatore ≤ 0	GR/11/02