

Deliberazione Direttore Generale n. 515 del 24/08/2021

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

STRUTTURA PROPONENTE: Controllo di Gestione e Contabilità Analitica
OGGETTO: Approvazione del Documento di Budget aziendale (Macrostrutture/UOC/UOSD/UOS) per l'anno 2021 L' Estensore: Alessandra Vessicchio

Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli - Assente Parere DA: ///
Parere del Direttore Sanitario : Dr.ssa Daniela Sgroi Parere DS: FAVOREVOLE
Il presente provvedimento non necessita 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 Katarzyna Sowicka</p>
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 1455 Hash .pdf (SHA256): 77934737307c6cb3d7d4605e8d182ba017ef14a258bf61f1542a162c901e85a3 Hash .p7m (SHA256): e57dcb8c8cfd7cb3c087cb534d76dbc973e5df46389e07348b46fa4a5b58b3de Firme digitali apposte sulla proposta: SOWICKA KATARZYNA,SGROI DANIELA,branca marta Il Responsabile del Procedimento: Alessandra Vessicchio Il Dirigente: Katarzyna Sowicka Il Direttore del Dipartimento:

II DIRIGENTE UOS CONTROLLO DI GESTIONE

- Vista** la Deliberazione n. 13 del 09.01.2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00033 dell'11.02.2020 e pubblicato sul BURL del 13.02.2020 n. 13;
- Vista** la Deliberazione n. 1 del 30/03/2020 con la quale si è preso atto del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00013 del 10.02.2021: "Insediamento del Direttore Generale della ASL Roma 3 – Dott.ssa Marta Branca";
- 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;
- Visti**
- la DGR n. 406 del 26/06/2020 "Preso d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato di *Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019 - 2021* adottato con DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento";
 - gli adempimenti dei Piani Attuativi della Certificabilità (PAC) previsti dal DCA n. 311/2016, modificato e integrato con DCA n. 69/2018, n. 402/2018 e n. 297/2019;
 - il DCA n. 512 del 06/05/2019 "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 2019";
 - la DGR n. 1040 del 22/12/2020 "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";
- Rilevato** che l'Azienda individua la negoziazione del budget quale strumento di pianificazione, condivisione di obiettivi e identificazione delle risorse;
- Vista** la Deliberazione aziendale n. 95 del 01/02/2021 di approvazione del Piano triennale della Performance nel quale sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori e i target su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della Performance dell'Azienda per il triennio 2021-2023;

Deliberazione

Preso atto

delle attività della UOS Controllo di Gestione che, in collaborazione con la Direzione Strategica, ha provveduto a redigere le bozze delle schede di budget;

che il Direttore Generale in data 19/07/2021 ha avviato gli incontri di budget con i seguenti Responsabili delle Macrostrutture/Strutture Aziendali: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Chirurgia, Dipartimento di Medicina, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Dipartimento dei Servizi, UOC Amministrativa di Presidio Ospedaliero Unico, UOC/UOSD afferenti al Dipartimento di Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria, UOC/UOSD afferenti al Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi,) e che gli incontri si sono conclusi in data 30 luglio 2021;

che con successivi incontri il Direttore Generale ha assegnato gli obiettivi alle strutture in Staff alla Direzione Generale (UOC Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale, UOS Medicina del lavoro, UOS Servizio Prevenzione e Protezione, UOS Controllo di Gestione, UOS Comunicazione);

che con successivi incontri il Direttore Sanitario ha assegnato gli obiettivi alle strutture in Staff alla Direzione Sanitaria (UOC Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico, UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio, UOC Epidemiologia e SIS, UOC Accreditamento, Vigilanza e Controllo Strutture Sanitarie, UOS Formazione ed aggiornamento del personale) e al Dipartimento delle Professioni Sanitarie;

Preso atto

che gli obiettivi indicati nelle schede di budget sono stati pesati, di concerto con ciascun Responsabile di Macrostruttura, coerentemente agli indirizzi contenuti nel Piano Triennale della Performance (Deliberazione aziendale n. 95 del 01/02/2021);

che l'OIV è stato coinvolto nel percorso di negoziazione del budget e che da ultimo nella seduta del 21.06.2021 ne ha confermato la coerenza con gli obiettivi strategici aziendali approvandone i contenuti (verbale n. 31 inviato con prot. n. 44419 del 06/07/2021);

che i Direttori di Macrostruttura hanno concordato con le Unità titolari di budget (UOC/UOSD/UOS) gli obiettivi specifici e le correlate misure, in modo coerente rispetto agli obiettivi generali di Macrostruttura;

Rilevato

che ciascun Responsabile di Macrostruttura ha provveduto ad inviare le schede di UOC/UOSD/UOS e che si è conclusa l'attività di verifica della coerenza da parte del Controllo di Gestione;

Deliberazione

Dato atto

che i Negoziatori delle Macrostrutture, dovranno inviare alla UOS Controllo di Gestione, una relazione sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati secondo il seguente calendario:

- periodo: luglio – settembre 2021 entro il 20 ottobre 2021
- periodo: ottobre – dicembre 2021 entro il 20 gennaio 2022

che i Responsabili di UOC/UOSD/UOS dovranno inviare almeno una settimana prima rispetto alla tempistica sopra indicata, ai rispettivi responsabili, una relazione sintetica e puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati;

che le relazioni dovranno essere corredate di tutti gli allegati idonei alla verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi e qualora per alcuni obiettivi fosse necessario acquisire dati disponibili successivamente alla tempistica sopra richiamata, si dovrà provvedere all'invio di una apposita relazione per l'obiettivo rimasto in sospeso;

che gli obiettivi di che trattasi riportati nelle schede di Budget e nella documentazione allegata, sono da considerarsi definiti anche ai fini del Sistema Premiante, ai sensi di quanto previsto dai vigenti CC.CC.NN.LL. del Comparto e della Dirigenza;

Visti

gli acclusi documenti (schede di budget 2021 – schede negoziatori di Macrostruttura e schede di budget specifico UOC/UOSD/UOS) con i quali il Direttore Generale ha definito gli obiettivi del Budget Aziendale per l'anno 2021 sottoscrivendoli con ciascuno dei Responsabili delle Macrostrutture/Strutture Aziendali, nonché dei documenti con i quali gli stessi hanno successivamente definito gli "obiettivi specifici per l'anno 2021" sottoscrivendoli con ciascuno dei Responsabili delle UOC/UOSD/UOS;

Considerato

che per i Negoziatori di Macrostruttura/Struttura, la verifica preliminare conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dalla UOS Controllo di Gestione, validata dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per la parte di rispettiva competenza e che qualora un obiettivo si ritenesse non valutabile per modifiche delle normative di riferimento o per cause esterne sopraggiunte che ne impediscano la realizzazione, sarà cura del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di propria competenza, rideterminare il valore del grado di raggiungimento dell'obiettivo;

che, successivamente alla valutazione e approvazione definitiva del Direttore Generale, la UOS Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);

che per i Direttori/Responsabili di UOC/UOSD/UOS la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore/Responsabile della macrostruttura/struttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOS Controllo di Gestione per il controllo di coerenza e congruità tra i punteggi attribuiti, gli obiettivi assegnati e l'effettivo grado di raggiungimento degli stessi;

che concluso il controllo di coerenza e congruità, la UOS Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);

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;

Sentito

il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo riportato in frontespizio;

PROPONE

Per le motivazioni espresse nelle premesse:

1. di approvare il Documento di Budget Aziendale dei Dipartimenti e il Budget specifico di UOC/UOSD/UOS per l'anno 2021, allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante e sostanziale;
2. di stabilire che i Negoziatori delle Macrostrutture dovranno inviare al Controllo di Gestione, una relazione sintetica e puntuale, corredata di tutti gli allegati idonei alla verifica del raggiungimento degli obiettivi stessi, sullo stato avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati secondo il seguente calendario:
 periodo: luglio – settembre 2021 entro il 20 ottobre 2021
 periodo: ottobre – dicembre 2021 entro il 20 gennaio 2022
3. che i Responsabili di UOC/UOSD/UOS dovranno inviare almeno una settimana prima rispetto alla tempistica sopra indicata, ai rispettivi responsabili, una relazione sintetica e

puntuale sullo stato di avanzamento e/o raggiungimento degli obiettivi agli stessi assegnati;

4. di stabilire che:

- per i Negoziatori di Macrostruttura, la verifica preliminare conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dalla UOS Controllo di Gestione, validata dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario per la parte di rispettiva competenza e che qualora un obiettivo si ritenesse non valutabile per modifiche delle normative di riferimento o per cause esterne sopraggiunte che ne impediscano la realizzazione, sarà cura del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di propria competenza, rideterminare il valore del grado di raggiungimento dell'obiettivo;
- successivamente alla valutazione e approvazione definitiva del Direttore Generale, la UOS Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- per i Direttori/Responsabili di UOC/UOSD/UOS la verifica conclusiva dei risultati raggiunti sarà condotta dal Direttore della macrostruttura di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOS Controllo di Gestione per il controllo di coerenza e congruità tra i punteggi attribuiti, gli obiettivi assegnati e l'effettivo grado di raggiungimento degli stessi;
- concluso il controllo di coerenza e congruità, la UOS Controllo di Gestione trasmetterà le schede e i risultati ottenuti all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- la UOS Controllo di Gestione trasmetterà la presente deliberazione all'OIV e provvederà alla contestuale pubblicazione nelle apposite sezioni dell'Amministrazione Trasparente: Documenti di Programmazione e indirizzo, Performance

**UOS CONTROLLO DI GESTIONE
II DIRIGENTE AD INTERIM
(Dott. GERARDO BRUNO ANTONIO COREA)**

Deliberazione

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00013 del 23.03.202021;
- Vista** la propria deliberazione n. 1 del 30.03.2021;
- Letta** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal responsabile in frontespizio indicato;
- 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 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;
- Visti** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di adottare la deliberazione con oggetto “Approvazione del Documento di Budget aziendale (Macrostrutture/UOC/UOSD/UOS) per l'anno 2021” composta di n. 7 pagine e n. 1 allegato.
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web della ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74, nell'apposita sezione “Amministrazione Trasparente”.

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.

II DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa MARTA BRANCA

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE



FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE

Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_01	Corretto ed efficace funzionamento dei processi, garantendo procedure e flessibilità, chiarezza di scopi, compiti e responsabilità	B12_01_02	N. procedure validate / N. procedure predisposte	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale	35,00	40,00	100%	100%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_01	Implementazione e monitoraggio di servizi a distanza con relazioni trimestrale	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale		20,00	2	2	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Governo dei progetti affidati alla Direzione Strategica	B13_05_01	N. progetti espletati / N. progetti affidati	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale		40,00	100%	100%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	30,00	20,00	0	27	
D8	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_01	Valorizzare le competenze e la visibilità aziendale, attraverso la realizzazione di eventi formativi di elevato contenuto, da destinare alla formazione sia di professionisti esterni che interni all'Azienda	D8_01_01	N. eventi formativi organizzati	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale		40,00	≥ 5	≥ 3	
D8	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_01	Analisi dei processi formativi, promozione e divulgazione delle tematiche in materia di privacy	D8_01_02	N. progetti attivati	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale		40,00	≥ 2	≥ 1	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA								
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_01 Corretto ed efficace funzionamento dei processi, garantendo procedure e flessibilità, chiarezza di scopi, compiti e responsabilità	B12_01_02 N. procedure validate / N. procedure predisposte	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale	40,00	100%	100%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ								
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19								
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale	30,00	100,00	1,00	90%

DATA

3/8/2021IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Dott. Gerardo Bruno Antonio Corea

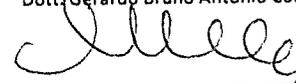
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note			
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_01	Implementazione e monitoraggio di servizi a distanza con relazione trimestrale	UOS Telemedicina	50,00	100,00	2	2	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	20,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	UOC Sviluppo Organizzativo della Competence individuale	30,00	100,00	100%	90%	

DATA

05.08.2021

IL RESPONSABILE

UOC Sviluppo organ. e della comp. Ind.
 Dott. Gerardo Bruno Antonio Corea



IL RESPONSABILE
 UOS Telemedicina

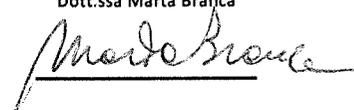
P.P.V.  09/08/21

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
DB	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_04	Attività di valutazione dei rischi da lavoro ai sensi del D.LGS 81/08	D8_04_02	n.visite sorveglianza sanitaria effettuate/n. visite sorveglianza sanitaria da effettuare, suddivise per tipologia a partire dal secondo semestre 2021	UOS Medicina del lavoro	65,00	50,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Data

26/08/2021

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca



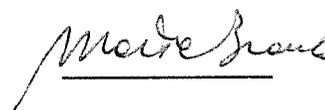
IL RESPONSABILE

Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D8	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_04	Attività di valutazione dei rischi da lavoro ai sensi del D.LGS.81/08	D8_04_01	N.sopralluoghi di lavoro effettuati / N. sopralluoghi da effettuare	Relazione del Resp. Servizio Prevenzione e Protezione	65,00	25,00		100%	99%	
D8	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_04	Su richiesta emettere parere tecnico sulla conformità ai requisiti di sicurezza dei beni e/o dispositivi medici da acquistare	D8_04_02	N. collaborazione attivate / N. collaborazioni richieste	Relazione del Resp. Servizio Prevenzione e Protezione		25,00		100%	99%	
D8	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_04	Progettazione e realizzazione di specifici moenti di informazione, formazione e addestramento inseriti nel piano annuale aziendale	D8_04_03	N. corsi realizzati / N. corsi proposti	Relazione del Resp. Servizio Prevenzione e Protezione		25,00		100%	99%	
D8	Miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_04	Collaborare, in presenza di contratti d'appalto o prestazione d'opera, con i dirigenti delegati all'attività di coordinamento e alla predisposizione delle comuni misure di prevenzione e protezioni (DUVRI) inerenti i rischi generati dalla compresenza delle attività lavorative oggetto dell'appalto e dell'attività aziendale negli stessi luoghi di lavoro	D8_04_04	N. contratti in essere segnalati / N. DUVRI evasi	Relazione del Resp. Servizio Prevenzione e Protezione		25,00		100%	99%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

DATA

3/8/2021

 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



 IL RESPONSABILE
 Dott. Maurizio Carrozzi



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D1	Sviluppo della Contabilità Analitica	D1_01	Quadratura Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature	D1_01_01	Predisporre file quadratura Co.Ge-Co.An nei modi e nei tempi stabiliti da Regione Lazio e successivo invio di segnalazione alla UOC REF delle squadrature rilevate affinché possa predisporre relazione esplicativa	AREAS		40,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_01	Monitoraggio trimestrale obiettivi Macrostrutture/UOC/UOSD	D18_01_01	Report trimestrale con monitoraggio andamento performance organizzativa	Report trimestrale alla Direzione Strategica	65,00	30,00	2	2
D1	Sviluppo della Contabilità Analitica	D1_03	Sviluppare il Progetto per la realizzazione del Sistema di Contabilità analitica attraverso l'applicativo informatico e aggiornare il Piano dei CdR e CdC in coerenza alla struttura organizzativa	D1_03_01	Aggiornare il Piano dei CdR e CdC in coerenza con la struttura organizzativa e predisporre bozza delibera di approvazione	Delibera approvazione Nuovo Piano dei CdC e CdR		30,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

3/8/2021

IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

Marta Branca

IL RESPONSABILE
 Dott. Gerardo Bruno Antonio Corea

Gerardo Bruno Antonio Corea

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D7	Miglioramento della capacità di risposta alla domanda di salute del territorio	D7_01	Verifica critica delle azioni poste a soluzione dei disservizi segnalati dai cittadini	D7_01_01	N. segnalazioni evase con riscontro positivo dell'utente / N. segnalazioni ricevute	Comunicazione e rendicontazione sociale		25,00	100%	98%	
D7	Miglioramento della capacità di risposta alla domanda di salute del territorio	D7_02	Effettuazione di una indagine di customer satisfaction presso l'ospedale G.B. Grassi	D7_02_01	Un'indagine con relativa reportistica dei risultati Trasmissione alla Direzione Strategica e al CdG	Comunicazione e rendicontazione sociale		25,00	entro 30/11/2021	entro 31/12/2021	
D7	Miglioramento della capacità di risposta alla domanda di salute del territorio	D7_03	Redazione di due progetti/protocolli interni e/o con associazioni del Terzo settore per il miglioramento dei servizi erogati alla cittadinanza	D7_03_01	Redazione della bozza progetti/protocolli Trasmissione alla Direzione Strategica e al CdG	Comunicazione e rendicontazione sociale	65,00	25,00	entro 30/11/2021	entro 31/12/2021	
D7	Miglioramento della capacità di risposta alla domanda di salute del territorio	D7_04	Revisione e aggiornamento della Carta dei Servizi	D7_04_01	Carta dei Servizi aggiornata trasmessa in bozza alla Direzione Strategica	Comunicazione e rendicontazione sociale		25,00	entro 30/11/2021	entro 31/12/2021	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico		30,00	100,00	100%	90%

100,00

DATA

IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Giovanna De Bellis

3/08/2021

Marta Branca

Giovanna De Bellis
 18.08.2021

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA



DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03 ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura. Soglia max 27 gg.	D18_03-01 rispetto del tempo di liquidazione di 27 giorni per le fatture di competenza della struttura	AREAS report contabilità	30,00	100,00		100%	27	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute (corsi, tirocini, frequenze volontarie e aule) da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	65,00	50,00		100%	90%	
D8	miglioramento della qualità, umanità, competenza e capacità professionale delle risorse umane	D8_01 trasmissione dei report dei corsi ecm all'AGENAS entro 10 giorni dal ricevimento del file	F2_01_01 N report evasi/N report pervenuti	responsabile scientifico del corso		50,00		100%	90,00%	

DATA

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi

IL RESPONSABILE
Dott. Gerardo Antonio Bruno Corea

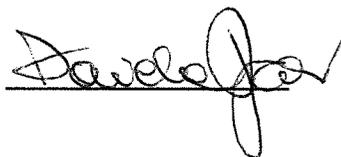
18/08/2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dat1	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_01	Corretta applicazione delle Procedure Aziendali/Istruzioni operative	B12_01_01	Ottemperanza dei seguenti adempimenti: - Effettuazione di sopralluoghi - Controlli sul 5% del totale delle cartelle cliniche di ricovero ordinario con utilizzo di apposita check list	UOC Qualità, sicurezza e gestione del rischio	50,00	100%	90%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_02	Corretta applicazione delle raccomandazioni ministeriali	B12_02_01	Approvazione e Trasmissione del Piano Annuale per il Rischio Clinico (PARM) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 dell'11/01/2019	UOC Qualità, sicurezza e gestione del rischio	50,00	100%	99%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_01	Partecipazione per quanto di competenza come da richieste della Direzione Strategica al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale	D18_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute	Direz. Sanitaria Direz. Amministrativa Controllo di Gestione	30,00	100,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

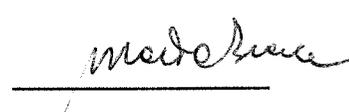
DATA

18/08/2021

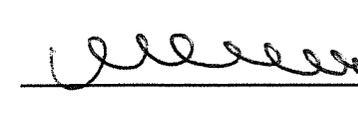
 IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgrol



 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



 IL RESPONSABILE
 Dott. Gerardo Antonio Bruno Corea



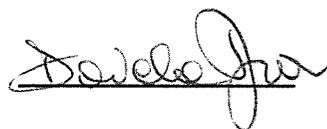
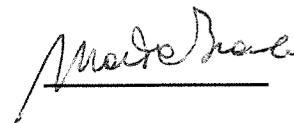
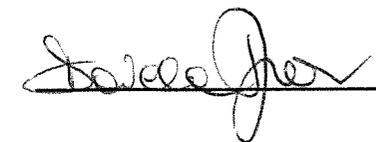
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi come da calendario regionale	A2_11 Trasmissione flusso mensile entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Sistema Informativo Assistenza Territoriale)	A2_11_02 N. flussi inviati / N. flussi da inviare	UOC ESIS	40,00	100,00	6	6	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_01 Partecipazione per quanto di competenza come da richieste della Direzione Strategica al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale	D18_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute dalla Direzione	Direzione Sanitaria Direz. Amministrativa Controllo di Gestione	25,00	100,00	100%	99%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%	

DATA

 IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi

 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

P. IL RESPONSABILE

27.07.21






Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_01	Conoscenza della mobilità regionale ricoveri residenti ASL RM3 anno 2020	A2_01_01	Predisposizione ed invio report (dopo l'acquisizione dei files regionali SIO) alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione	Relazione alla Direzione Aziendale e al CdG		20,00	entro settembre 2021	entro il 15 ottobre 2021
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_02	Conoscenza dati flusso ministeriale NSIS 2020 per ottemperanze richieste regionali su strutture sanitarie presenti sul territorio	A2_02_01	Acquisizione modelli annuali RIA, STS21 e 24, FLS11 e 12, HSP 12 e 24 ed invio degli stessi al Controllo di Gestione (HSP12 anche alla Direzione Sanitaria)	Relazione alla Direzione Aziendale e al CdG		15,00	entro settembre 2021	entro il 15 ottobre 2021
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_03	Acquisizione ed analisi del flusso SIES 2020 Pronto Soccorso Ospedale G. B. Grassi	A2_03_01	Acquisizione ed importazione dei files validati e report di attività per codice triage, provenienza e trasferimento. Approfondimento delle motivazioni di attribuzione codici verde e bianco ed invio report alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione	Relazione alla Direzione Aziendale e al CdG		30,00	entro settembre 2021	entro il 15 ottobre 2021
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_04	Conoscenza dei volumi delle prestazioni specialistiche nelle strutture pubbliche e private accreditate anno 2020, e mobilità interregionale residenti ASL RM3	A2_04_01	Predisposizione ed invio report (dopo l'acquisizione dei files regionali SIAS) alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione	Relazione alla Direzione Aziendale e al CdG		20,00	entro settembre 2021	entro il 15 ottobre 2021
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_05	Predisposizione report, per sesso e fasce di età popolazione residente ASL RM 3, aggiornato al 31/12/20	A2_05_01	Predisposizione ed invio report (dopo l'acquisizione dal Comune di Roma e dal Comune di Fiumicino (aprile/maggio) della popolazione residente ASL RM3), per sesso e fasce di età, all'area tematica del portale Aziendale	Report pubblicato sul portale Aziendale rapporti statistici / dati di popolazione		15,00	entro settembre 2021	entro il 15 ottobre 2021
					65,00					



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 18/08/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi

IL RESPONSABILE

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	25,00	100,00	6	6	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D9	Ottimizzazione dei controlli sugli accreditamenti	D9_01	Raddoppiare le verifiche rispetto al 2020	D9_01_01	Incremento delle Strutture verificate su strutture da verificare	Relazione a Direzione Sanitaria e al CdG	40,00	25,00	7	14	10
D9	Ottimizzazione dei controlli sugli accreditamenti	D9_02	Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimento dell'accreditamento definitivo	D9_02_01	N. di istanze di accreditamento valutate/ N. totale di istanze di accreditamento presentate	Relazione a Direzione Sanitaria e al CdG		25,00		100%	99%
D9	Ottimizzazione dei controlli sugli accreditamenti	D9_06	Monitoraggio mensile su avanzamento erosione budget privati accreditati e relativo contenzioso	D9_06_01	Report mensile di monitoraggio del budget assegnato ai privati accreditati e indicazione de lrelativo contenzioso	Accreditamento		25,00		6	5
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		25,00		100%	99%






ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE SANITARIA
UOC Accreditamento, vigilanza e contr. strutt. san.
Responsabile
Dott. Marcello De Masi

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

27.07.2021

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
Dott. Marcello De Masi



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_04	Flussi informativi interni: elaborazione e rispetto dei tempi di invio del set di indicatori definiti con il CdG per il monitoraggio della performance	A2_04_01	Elaborazioni mensili set di indicatori di esito definiti con il CdG per il monitoraggio della performance delle UOC, inviati al CdG e alla Direzione Sanitaria	DME POU	30,00	50,00	6	6
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi	A2_05	Trasmissione del template delle prestazioni/consulenze per interni e per esterni di tutte le UOC a pazienti ricoverati al fine di implementare il CE di reparto	A2_05_01	Invio Mensile dei flussi secondo il tracciato record fornito dal CdG entro il 5 del mese successivo a quello di competenza	DME POU		50,00	6	6
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa POU	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	35,00	40,00	6	6
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_04	Predisposizione report mensile sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi per ciascun Dipartimento con dettaglio delle UU.OO. da inoltrare alle UU.OO./CICA/ CdG	B12_04_01	Report mensile	UOC Qualità, sicurezza e gestione del rischio, Dip. Professioni		30,00	6	6
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_02	Completezza e qualità della SDO	B13_02_01	N. errori di completezza e qualità dei dati rilevati nelle SDO (obiettivo 5.2.1 del DCA 155/2019) / N. totale SDO	UOC DME POU		30,00	0	1

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio clinico	30,00	100,00	100%	90%

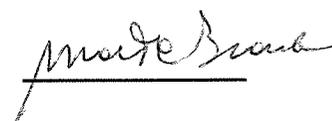
DATA

27/07/2021

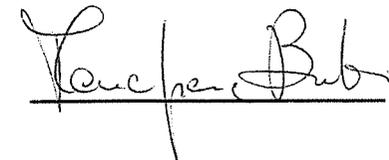
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi



IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE
Dott.ssa Maria Grazia Budroni



STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA



DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA												
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_03	Riduzione del 10% della degenza media dei dimessi in Cardiologia	B7_03_01	Riduzione del 10% della degenza media dei dimessi in Cardiologia rispetto al 2020	Direzione Medica POU		20,00		10%	10%	
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_05	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	B7_05_01	N. ricoveri diurni di tipo diagnostico /totale N. ricoveri diurni con DRG medico l'obiettivo si considera raggiunto a partire da un valore pari al <= 36%	Direzione Medica POU		15,00		36%	36%	
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_08	Riduzione della degenza media in Medicina Generale - codice 26 -	B7_08_01	N° gg di degenza ordinarie transitate in reparto medicina generale (codice 26) /n° transiti in reparto di medicina generale L'obiettivo è considerato raggiunto con valore <= 9 gg (al netto delle dimissioni difficili dichiarate dalla Direzione Medica di Presidio)	Direzione Medica POU	55,00	25,00		<= 9	<= 9	
B9	Incremento della complessità assistenziale	B9_02	Incremento del 5% del peso medio dei DRG chirurgici e medici di alta e media complessità rivolto ai pazienti residenti in fuga e non residenti	B9_02_01	Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti non residenti / Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti totali (escluso periodi di sospensione ricoveri in elezione)	Relazione della Direzione Medica sul peso medio dei ricoveri suddiviso per unità		10,00		5%	5%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinaria / N. ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inappropriata	Direzione Medica POU		10,00		≤ 32%	≤ 32%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03	N. pazienti per PDTA scompenso in telemedicina / N. pazienti per PDTA scompenso non in telemedicina	Recup		20,00		≥ 1	≥ 1	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		50,00	50%	49%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	UOC Approvvigionamenti, ICT, CdG	10,00	50,00	100% entro il 05/11	90% entro il 05/11
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

100,00

Roma 22/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela SgroiIL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Dott. Fabrizio Ammirati

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.C. MEDICINA

DIRETTORE f.f. U.O.C.

Dott. Massimo Morosetti

Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_05	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	B7_05_01	N. ricoveri diurni di tipo diagnostico / totale N. ricoveri diurni con DRG medico l'obiettivo si considera raggiunto a partire da un valore pari al <= 36%	Direzione Medica POU		20,00	36%	36%
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_08	Riduzione della degenza media in Medicina Generale - codice 26 -	B7_08_01	N° gg di degenza ordinarie transitate in reparto medicina generale (codice 26) / n° transiti in reparto di medicina generale L'obiettivo è considerato raggiunto con valore <= 9 gg (al netto delle dimissioni difficili dichiarate dalla D.M.P.O.U.)	Direzione Medica POU		20,00	<= 9	<= 9
B9	Incremento della complessità assistenziale	B9_02	Incremento del 5% del peso medio dei DRG chirurgici e medici di alta e media complessità rivolto ai pazienti residenti in fuga e non residenti	B9_02_01	Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti non residenti / Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti totali (escluso periodi di sospensione ricoveri in elezione)	Relazione della Direzione Medica sul peso medio dei ricoveri suddiviso per unità	50,00	20,00	5%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriata / N. ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inappropriata	Direzione Medica POU		20,00	≤ 32%	≤ 32%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03	N. pazienti per PDTA scopenso in telemedicina / N. pazienti per PDTA scopenso non in telemedicina	Dipartimento		20,00	≥ 1	≥ 1
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		50,00	50%	49%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento	10,00	50,00	100% entro il 05/11	90% entro il 05/11

E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00		100%	90%	

Roma 23/07/2021

IL Direttore del Dipartimento di Medicina
Dott. Fabrizio Ammirati

Fabrizio Ammirati
RM/3
U.O.C. Medicina
Cardiologia

IL Direttore f.f. U.O.C. Medicina
Dott. Massimo Morosetti

Massimo Morosetti
AZIENDA ASL ROMA 1
OSPEDALI G.B. GRASSI
Dott. Massimo Morosetti
UOC Medicina Generale
2030001012604224

UOS Ecografia Internistica ed Angiologia. Responsabile Dr Riccardo Margheriti

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
17	Miglioramento efficienza organizzativa	B7_03	Implementazione ecografia internistica Bed Side	B7_03_01	Numero ecografie bed side	SIAS + registro interno		25.00	20	10	
113	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della ecografia vascolare	B13_03_03	Numero di ecografie vascolari	Registro interno		25.00	1000	600	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
23	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		25.00	50%	49%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
51	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		25.00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											

#RIFI

Roma 20.8.2021

IL DIRETTORE UOC Nefrologia e Dialisi
 Dott Massimo Morosetti



IL RESPONSABILE
 Dott. Riccardo Margheriti





UOS Holding Area. Responsabile Dott Mauro Di Giorgio

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
37	Miglioramento efficienza organizzativa	B7_03	Organizzazione Holding area	B7_03_01	Numero protocolli operativi	Direzione Sanitaria		25.00	2	2
313	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Integrazione con PS e altri reparti	B13_03_03	Numero protocolli operativi	Direzione Sanitaria		25.00	2	2
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30.00	25.00	100%	90%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		25.00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										

#RIF!

Roma 20.8.2021

IL DIRETTORE UOC Nefrologia e Dialisi
Dott Massimo Morosetti

IL RESPONSABILE
Dott. Mauro Di Giorgio

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.C. CARDIOLOGIA

DIRETTORE U.O.C.

Dott. Fabrizio Ammirati

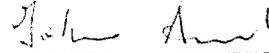
Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_03	Riduzione del 10% della degenza media dei dimessi in Cardiologia	B7_03_01	Riduzione del 10% della degenza media dei dimessi in Cardiologia rispetto al 2020	Direzione Medica POU		15,00	10%	10%
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_05	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	B7_05_01	N. ricoveri diurni di tipo diagnostico /totale N. ricoveri diurni con DRG medico l'obiettivo si considera raggiunto a partire da un valore pari al <= 36%	Direzione Medica POU		20,00	36%	36%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inapproprietezza	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inapproprietezza in regime di degenza ordinaria / N. ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inapproprietezza	Direzione Medica POU		25,00	≤ 32%	≤ 32%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina		Attivazione di percorsi Ospedale - Territorio con particolare riferimento alla TeleCardiologia	Interdipartimentale		40,00	SI	Redazione di un documento finalizzato alla definizione dei percorsi fra ospedale e territorio entro il 31.10
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		50,00	50%	49%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento		10,00	50,00	100% entro il 05/11 90% entro il 05/11
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		5,00	100,00	100% 99%

F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Planificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00		100%	90%	

Roma 23/07/2021

IL Direttore del Dipartimento di Medicina
Dott. Fabrizio Ammirati



IL Direttore f.f. U.O.C. ~~Medicina~~ **CARDIOLOGIA**
Dott. Fabrizio Ammirati

U.O.S. Unità Terapia Intensiva Coronarica

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_03	Riduzione del 5% della degenza media dei dimessi in UTIC	B7_03_01	Riduzione del 10% della degenza media dei dimessi in Cardiologia rispetto al 2020	Direzione Medica POU		40,00	10%	10%
B9	Incremento della complessità assistenziale	B9_02	Incremento del 5% del peso medio dei DRG chirurgici e medici di alta e media complessità rivolto ai pazienti residenti in fuga e non residenti	B9_02_01	Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti non residenti / Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti totali (escluso periodi di sospensione ricoveri in elezione)	Relazione della Direzione Medica sul peso medio dei ricoveri suddiviso per unità	75,00	30,00	5%	5%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03	N. pazienti per PDTA scompenso in telemedicina / N. pazienti per PDTA scompenso non in telemedicina	Dipartimento		30,00	≥ 1	≥ 1
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	25,00	100,00	100%	90%

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
 Direttore U.O.C. Cardiologia
 Dott. Fabrizio Ammirati



IL RESPONSABILE



U.O.S. TAO/NAO e governo piani terapeutici anche in telemedicina

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	Incremento del numero dei Piani Terapeutici online	Dipartimento	50,00	50,00	≥ 1	≥ 1	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	Sviluppo della sanità Digitale	Dipartimento	50,00	50,00	≥ 1	≥ 1	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	25,00	100,00	50%	49%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	25,00	100,00	100%	90%

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
Direttore U.O.C. Cardiologia
Dott. Fabrizio Ammirati

IL RESPONSABILE



U.O.S. Cardiologia Interventistica (Aritmie ed Emodinamica)

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B9	Incremento della complessità assistenziale	B9_02	Incremento del 5% del peso medio dei DRG chirurgici e medici di alta e media complessità rivolto ai pazienti residenti in fuga e non residenti	B9_02_01	Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti non residenti / Peso medio DRG medici e chirurgici di alta e media complessità pazienti totali (escluso periodi di sospensione ricoveri in elezione)	Relazione della Direzione Medica sul peso medio dei ricoveri suddiviso per unità		50,00	5%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU	50,00	50,00	≤ 32%	≤ 32%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03	N. pazienti per PDTA scompenso in telemedicina / N. pazienti per PDTA scompenso non in telemedicina	Dipartimento		10,00	≥ 1	≥ 1
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte del Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	25,00	100,00	50%	49%
25,00										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	25,00	100,00	100%	90%

Roma 22/07/2021

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
Direttore U.O.C. Cardiologia
Dott. Fabrizio Ammirati

IL RESPONSABILE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

DIRETTORE U.O.C.

Dott. Massimo Morosetti

Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B7	Miglioramento dell'efficienza Organizzativa	Attivazione del Reparto di elezione della U.O.C. Nefrologia e Dialisi	Apertura reparto di degenza secondo le indicazioni della Regione Lazio	Dipartimento	50,00		SI		
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03 Implementazione e sviluppo della telemedicina	Implementazione delle Televisite secondo le Linee di Indirizzo sulla telemedicina del Ministero della Salute	Dipartimento	50,00		≥ 1	≥ 1	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02 Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01 N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		50,00	50%	49%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03 Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01 Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento	10,00	50,00	100% entro il 05/11	90% entro il 05/11	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00	100%	90%	

Roma 23/07/2021

IL Direttore del Dipartimento di Medicina

Fabrizio Ammirati
Dott. Fabrizio Ammirati
Dipartimento di Medicina
DIRETTORE U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

IL Direttore U.O.C. Nefrologia e Dialisi
Dott. Massimo Morosetti

Massimo Morosetti
Azienda ASL ROMA 3
OSPEDALI G.B. GRASSI
Dott. Massimo Morosetti
UOC Medicina Generale
2030001012604224



UOS Trattamenti depurativi in area critica. Responsabile Dr Giovanni Pisani

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B7	Miglioramento efficienza organizzativa	B7_03	Aggiornamento protocollo trattamenti depurativi in area critica	B7_03_01	Aggiornamento schede di trattamento e reportistica trattamenti	UOC Nefrologia e Dialisi		25.00	10%	10%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03	Numero di televisite per pazienti in dialisi domiciliare/numero totale di visite	Recup		25.00	≥ 1	≥ 1
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		25.00	50%	49%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		25.00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										

Roma 20.8.2021

IL DIRETTORE UOC Nefrologia e Dialisi
Dott Massimo Morosetti

#RIF!

IL RESPONSABILE
Dott. Giovanni Pisani

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.C. RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE

DIRETTORE U.O.C.

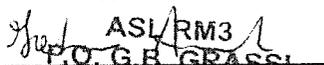
Dott. Stefano Enrico Gallitto

Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B7	Miglioramento dell'efficienza Organizzativa	Riorganizzazione del Centro di Riabilitazione	Apertura reparto di degenza riabilitazione codice 56 - 14 posti letto + 1 dh	Dipartimento	50,00	50,00	SI		
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03 Implementazione e sviluppo della telemedicina	Trasmissione telematica ECG (da CPO a Centrale Telecardiologia)	Dipartimento		50,00	≥ 1	≥ 1	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02 Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01 N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS		50,00	50%	49%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dal Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03 Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01 Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento	10,00	50,00	100% entro il 05/11	90% entro il 05/11	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00	100%	90%	

Roma 23/07/2021

IL Direttore del Dipartimento di Medicina
 Dott. Fabrizio Ammirati


ASL RM/3
P.O. G.B. GRASSI
 Dott. Fabrizio Ammirati
 2030001010801425

IL Direttore U.O.C. Riabilitazione e Centro Spinale

Dott. Stefano Enrico Gallitto
Azienda U.S.L. RM/3
P.O. C.P.O. "Gennaro Di Rosa"
 Direttore U.O.C. Centro Spinale
 Dr. Stefano Enrico Gallitto

U.O.S. Percorso diagnosi cura e prevenzione Osteoporosi

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B9	Incremento della complessità assistenziale	Riorganizzazione del Centro Spinale	Apertura del Reparto di Degenza Riabilitazione Cod. 56	Dipartimento	50,00	50,00		SI	SI
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03 Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03 Trasmissione Telematica ECG da Centro Spinale/Riabilitazione a Grassi	Dipartimento		50,00		100%	80%
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02 Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01 N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	25,00	100,00		50%	49%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	25,00	100,00		100%	90%

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
 Direttore U.O.C. Riabilitazione e Centro Spinale
 Dott. Stefano Enrico Gallitto

IL RESPONSABILE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.C. PEDIATRIA e U.O.S.D. NEONATOLOGIA

DIRETTORE f.f. U.O.C./U.O.S.D.

Dott.ssa Anna Maria Zingoni

Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storica 2020	2021 Valore Attesa	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinaria / N. ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inappropriata	Direzione Medica POU	10,00	≤ 32%	≤ 32%
B30	Appropriatezza dei rapporti con gli stakeholders e l'utenza		Implementazione dell'umanizzazione delle cure		Particolare attenzione al soddisfacimento dei bisogni del bambino, con il coinvolgimento prevalente della mamma e/o della famiglia coinvolta nella nascita e/o nel percorso di cura	Pediatria - Neonatologia U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia	40,00	50,00	Produzione di un documento condiviso entro il 30/11
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	50,00	50%	49%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento	10,00	50,00	100% entro il 05/11 90% entro il 05/11
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100% 99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00	100% 90%

Roma 23/07/2021

IL Direttore del Dipartimento di Medicina
Dott. Fabrizio Ammirati

F. Ammirati
Dott. G.B. GRASSI
Direttore Dipartimento di Medicina
Direttore U.O.C. Cardiologia
Dott. Fabrizio Ammirati

IL Direttore f.f. U.O.C. Pediatria e Neonatologia
Dott.ssa Anna Maria Zingoni

A. Zingoni

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.S.D. ONCOLOGIA

DIRETTORE U.O.S.D.

Dott.ssa Monica Moreschi

Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
	Incremento della complessità assistenziale	Monitoraggio e controllo della chiusura cartelle cliniche entro 7 gg	100% cartelle cliniche chiuse entro 7 gg. per tutti i ricoveri in UOSD Oncologia	ADT Web	50,00		95%	95%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03 Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_03 Registrazione entro 7 giorni dei Piani terapeutici web based (medicinali sottoposti a monitoraggio AIFA)	AIFA	50,00		95%	95%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02 Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01 N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	50,00		50%	49%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03 Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01 Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento	10,00		100% entro il 05/11	90% entro il 05/11	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00	100%	90%	

Roma 23/07/2021

 IL DIRETTORE U.O.S.D. ONCOLOGIA
 Dott. Fabrizio Ammirati

 IL DIRETTORE U.O.S.D. ONCOLOGIA
 Dott.ssa Monica Moreschi

 U.S.D. Ospedale G.B. Grassi
 DH Oncologia
 Dott.ssa Monica Moreschi
 201810016408051

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA

DIRETTORE U.O.S.D.

Dott. Antonio Forte

Anno 2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negozziata 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	Implementazione della qualità delle cure	Collaborazione in ambito intra e inter-dipartimentale e/o interaziendale per la gestione di percorsi clinico-assistenziali integrati in una logica multidisciplinare	Medici e i professionisti coinvolti nei percorsi di richiesta-esecuzione degli esami endoscopici (MMG, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri)	50,00	100,00		SI	Redazione di un documento finalizzato alla definizione e applicazione di criteri di appropriatezza prescrittiva (compresa l'attribuzione dei codici di priorità) che consenta un'allocazione efficiente delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, nonché una razionalizzazione delle liste di attesa entro il 30.11	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate -NRE- da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	50,00	50%	49%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 403/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT e, per conoscenza, al CdG	Dipartimento	10,00	50,00	100% entro il 05/11	90% entro il 05/11
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	35,00	100,00	100%	90%

Roma 23/07/2021

IL Direttore del Dipartimento di Medicina
 Dott. Fabrizio Ammirati

Fabrizio Ammirati
 Dipartimento di Medicina
 Gastroenterologia
 Fabrizio Ammirati

IL Direttore U.O.S.D. Gastroenterologia
 Dott. Antonio Forte

Antonio Forte

Azienda ASL ROMA 3
 Ospedale G. B. Grassi
 D. S. ANTONIO
 00144 ROMA, ITALIA

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA



DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts	10,00	50,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione della ricognizione delle rimanenze annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento dei Servizi		25,00		100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021	

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B2	Riduzione dei tempi di attesa previsti per gli interventi relativi alla frattura del femore	B2_01 Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 48 ore dal primo accesso nella struttura di ricovero	B2_01_01 N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore	Direzione Medica POU	55,00	25,00	100%	≥ 60%	
B3	Incremento della qualità dell'assistenza materno infantile	B3_01 Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino	B3_01_01 N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali >1000 = 25% <1000 = 15%	Direzione Medica POU		30,00	100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06 Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01 Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto		20,00	6%	5%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07 Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01 N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU		25,00	≤ 0,32	≤ 0,21	

Steluto

mf
fe



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

100,00

Roma 19/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Niutta



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B2	Corretta compilazione e chiusura della cartelle cliniche	B2_01	scrupolosa verifica della chiusura delle cartelle nei tempi previsti e attenta verifica degli allegati	B2_01_01	corretta verifica del materiale presente in cartella (firme, timbri identificativi, ecc) e tempi di consegna	Direzione Medica POU		25,00	100%	99%	
B3	Miglioramento degli esiti delle cure	B3_01	riduzione della degenza postoperatoria degli interventi di colecistectomia laparoscopica	B3_01_01	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria entro tre giorni	SIO, Direzione Medica POU		25,00	100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto		55,00	15,00	6%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU		25,00	≤ 0,32	≤ 0,21	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance Week/Day Surgery Polo Ospedalieri	B13_11_02	N. pazienti rinviati il giorno dell'intervento / N. tot. pazienti operati	Relazione Direzione Medica POU su rapporto tra interventi programmati e interventi effettuati		10,00	0%	5%	



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00		100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021	



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
UOC Chirurgia
Direttore: Dr. Gianluca Mazzoni

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

21-07-2021Il Direttore del Dipartimento di
Dr. Andrea NiottaIl Direttore UOC Chirurgia
Dr. Gianluca Mazzoni

Check Totale peso area



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B2	Appropriatezza dei rapporti con gli stakeholders e l'utenza	B2_01	implementazione dell'umanizzazione delle cure	B2_01_01	incontro con il proprio personale teso al miglioramento della relazione interpersonale cittadino-utente-operatore	strutture interessate		35,00	100%	90%
B3	Contrasto al Covid 19	B3_01	adesione a tutte le disposizioni-procedure-indicazioni Aziendali/Regionali/Nazionali per il contrasto al Covid 19	B3_01_01	Verifica di presa visione delle procedure inviate con relativa data e firma entro 10 giorni dal ricevimento	Direzione sanitaria e rischio Clinico		35,00	100%	99%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	20,00	6%	5%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance attività Odontoiatrica territoriale. Apertura nuovi servizi offerti al cittadino	B13_11_02	apertura di nuove linee di attività presso Poliambulatori territoriali dove l'odontoiatria era assente	relazione della struttura e dati Aziendali		10,00	10%	5%

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimaneze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00*	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00	100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021

Steluff

ful Gualt

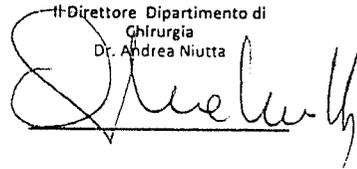


Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note			
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

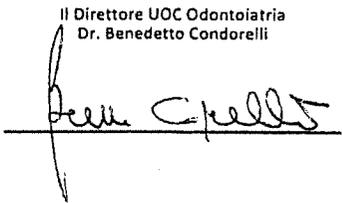
DATA

21.07.2021

Il Direttore Dipartimento di
Chirurgia
Dr. Andrea Niutta



Il Direttore UOC Odontoiatria
Dr. Benedetto Condorelli



Check Totale peso area



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B2	Riduzione dei tempi di attesa previsti per gli interventi relativi alla frattura del femore	B2_01	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 48 ore dal primo accesso nella struttura di ricovero	B2_01_01	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore	Direzione Medica POU	25,00	100%	≥ 60%		
B3	Corretta compilazione e chiusura delle cartelle cliniche	B3_01	scrupolosa verifica della chiusura delle cartelle nei tempi di consegna previsti ed attenta verifica degli allegati	B3_01_01	corretta verifica del materiale presente in cartella (firme, timbri identificativi, ecc)	Direzione Medica POU	25,00	100%	99%		
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	15,00	6%	5%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU	25,00	≤ 0,32	≤ 0,21		
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance Week/Day Surgery Polo Ospedalieri	B13_11_02	N. pazienti rinviati il giorno dell'intervento / N. tot. pazienti operati	Relazione Direzione Medica POU su rapporto tra interventi programmati e interventi effettuati	10,00	0%	5%		



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00	100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021

S. Mignucci

[Signature]



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

21-07-2021Il Direttore Dipartimento di
Dr. Andrea NuttaIl Direttore UOC Ortopedia
Dr. Sandro Mignucci

Check Totale peso area



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B2	Riduzione dei tempi di attesa previsti per gli interventi relativi alla frattura del femore	B2_01	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 48 ore dal primo accesso nella struttura di ricovero	B2_01_01	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore	Direzione Medica POU		80,00	80%	≥ 70%
	Chiusura cartelle cliniche nei tempi previsti		chiusure delle cartelle cliniche dei dimessi entro sette giorni dalla dimissione		Chiusura della cartella clinica dei pazienti dimessi con corretta presenza e compilazione dei moduli	Direzione Medica POU	70,00	10,00	10%	10%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriata e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriata in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriata	Direzione Medica POU		10,00	≤ 0,32	≤ 0,21



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA UOC Ortopedia
UOS Traumatologia Ortopedica dell'anziano
Dott. Matteo Troiano

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts	30,00	100,00	99%	90%

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note

DATA

19/08/21

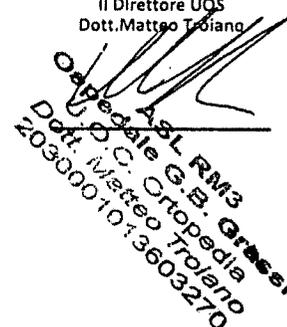
Check Totale peso area

Il Direttore UOC Ortopedia
 Dott. Sandro Mignucci



ASL RMC
OSPEDIALE G. B. GRASSI
 Dr. SANDRO MIGNUCCI
 2030001013601387

Il Direttore UOS
 Dott. Matteo Troiano



ASL ROMA 3
 Ospedale G. B. Grassi
 Dott. Matteo Troiano
 2030001013603270



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note			
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA												
B2	Corretta compilazione e chiusura della cartelle cliniche	B2_01	scrupolosa verifica della chiusura delle cartelle nei tempi previsti e attenta verifica degli allegati	B2_01_01	corretta verifica del materiale presente in cartella (firme, timbri identificativi, ecc) e tempi di consegna	Direzione Medica POU		25,00		100%	99%	
B3	Incremento della qualità dell'assistenza materna infantile	B3_01	Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino	B3_01_01	N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali >1000 = 25% <1000 = 15%	Direzione Medica POU		25,00		100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	15,00		6%	5%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU		25,00		≤ 0,32	≤ 0,21	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance Week/Day Surgery Polo Ospedalieri	B13_11_02	N. pazienti rinviati il giorno dell'intervento / N. tot. pazienti operati	Relazione Direzione Medica POU su rapporto tra interventi programmati e interventi effettuati		10,00		0%	5%	



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT, RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00		100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

21-07-2021Il Direttore del Dipartimento di
Dr. Andrea NjuttaIl Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia
Dr. Mario Ciampelli
Dr. MARIO CIAMPELLI
Ginecologia e Ostetricia
Ospedale G.B. Grassi ASL RM3
2030001013703723

Check Totale peso area



ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Responsabile Dr Andrea Niutta
UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Responsabile Dr Mario Ciampelli
UOS BLOCCO PARTO E PRONTO SOCCORSO OSTETRICO
Responsabile Dr Cosimo Patronelli

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B3	Incremento qualità dell'assistenza materno infantile	B3_01	Incremento delle partoanalgesie in travaglio	B3_01_01	Numero di partoanalgesie sul totale dei parti	Direzione Medica POU	25,00	>50%	50%	
B3	Incremento della qualità dell'assistenza materno infantile	B3_02	Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino	B3_02_01	N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali >1000 = 25% <1000 = 15%	Direzione Medica POU	25,00	100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Ostetrica.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	15,00	6%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU	25,00	≤ 0,32	≤ 0,21	
B3	Incremento della qualità dell'assistenza materno infantile	B3_03	Aumento dei parti vaginali dopo Taglio cesareo (VBAC)	B3_03_01	N. pazienti che partoriscono spontaneamente con diagnosi di pregresso taglio cesareo (vbac) su totale numero tagli cesarei	Direzione Medica POU	10,00	0,5%	0,2%	

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
UOS Blocco Parto
Dr. Cosimo Patronelli

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dott. Mario Ciampelli



ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Responsabile Dr Andrea Niutta
UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Responsabile Dr Mario Ciampelli
UOS BLOCCO PARTO E PRONTO SOCCORSO OSTETRICO
Responsabile Dr Cosimo Giuliano Patronelli

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts			
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio			
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT, RIP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00		
							50,00	100%	99%
							25,00	100%	99%
							25,00	100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
Resp.le UOS Blocco Parto
Dr. Giuliano Cosimo Patronelli

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dott. Mario Ciampelli



ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Responsabile Dr Andrea Niutta
UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Responsabile Dr Mario Ciampelli
UOS BLOCCO PARTO E PRONTO SOCCORSO OSTETRICO
Responsabile Dr Cosimo Giuliano Patronelli

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendati/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

9/9/21

IL DIRETTORE UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Dott Mario Ciampelli

IL RESPONSABILE UOS BLOCCO PARTO E PRONTO SOCCORSO OSTETRICO

Dr Cosimo Giuliano Patronelli

Check Totale peso area

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dott. Mario Ciampelli

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
Resp. UOS Blocco Parto
Dr. Cosimo Giuliano Patronelli



ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Responsabile Dr Andrea Njutta
UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Responsabile Dr Mario Ciampelli
UOS LEGGE 194/78
Responsabile Dr.ssa Paola Agostini

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00	100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021

ASL RM3
Ospedale G.B. Grassi
Pregente Medico
Dr.ssa Paola Agostini
4030001013705219

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dott. Mario Ciampelli



ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Responsabile Dr. Andrea Nulita
UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Responsabile Dr. Mario Ciampelli
UOS LEGGE 194/78
Responsabile Dr. ssa Paola Agostini

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B3	Incremento qualità dell'assistenza	B3_01	Incremento del numero di procedure 194/78 farmacologiche entro le 7 settimane gestazionali	B3_01_01	Numero di procedure 194/78 farmacologiche piuttosto che chirurgiche sul totale delle donne che afferiscono al servizio entro le 7 settimane gestazionali	Direzione Medica POU	25,00	50%	45%	
B3	Incremento della qualità dell'assistenza	B3_02	Incremento del numero di procedure 194/78 farmacologiche dalle 7 alle 9 settimane gestazionali	B3_02_01	Numero di procedure 194/78 farmacologiche piuttosto che chirurgiche sul totale delle donne che afferiscono al servizio tra le 7 e le 9 settimane gestazionali	Direzione Medica POU	25,00	30%	25%	
B3	Incremento della salute e della tutela della coppia	B3_03	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia per 194/78.	B3_03_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	15,00	6%	5%
B3	Incremento della salute e della tutela della coppia	B3_04	Aumento prevenzione con contraccezione: inserimento device intrauterini (spirale) in sede di intervento chirurgico	B3_04_01	N. inserimenti spirali su totale interventi chirurgici 194/78	UOS 194/78 Farmacia Ospedaliera	25,00	15,00%	10,00%	
B3	Incremento della salute e della tutela della coppia	B3_05	Integrazione Ospedale Territorio su contraccezione dopo procedure 194/78	B3_05	N. pazienti che afferiscono al consultorio inviate dal DH Legge 194/78, tramite lettera di invito	Consultorio Familiare	10,00	30,0%	25,0%	

ASL RM3
Ospedale G.B. Grassi
Dirigente Medico
Dott.ssa Paola Agostini
2030601013705219
Paola Agostini

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dott. Mario Ciampelli



ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
Responsabile Dr Andrea Niuitta
UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Responsabile Dr Mario Ciampelli
UOS LEGGE 194/78
Responsabile Dr.ssa Paola Agostini

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziata 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

9/8/21

IL DIRETTORE UOC GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Dott Mario Ciampelli

IL RESPONSABILE UOS LEGGE 194/78

Dr.ssa Paola Agostini

ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dott. Mario Ciampelli

ASL RM3
Ospedale G.B. Grassi
Dirigente Medico
Dott.ssa Paola Agostini
2430001015705219

Check Totale peso area



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B2	Informazione dettagliata a tutto il personale afferente alla UOSD degli obiettivi di budget	B2_01	Informazione entro 10 giorni dalla sottoscrizione della presente scheda degli obiettivi della UOSD	B2_01_01	Report sottoscritto dai dirigenti medici	Direzione Dipartimento di Chirurgia	10,00	100%	≥ 60%	
B3	Appropriatezza dei rapporti con gli stakeholders e l'utenza	B3_01	Implementazione dell'umanizzazione delle cure	B3_01_01	incontro con il proprio personale teso al miglioramento della relazione interpersonale cittadino utente-operatore	Strutture interessate	10,00	100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	25,00	6%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU	30,00	≤ 0,32	≤ 0,21	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance Week/Day Surgery Polo Ospedalieri	B13_11_02	N. pazienti rinviati il giorno dell'intervento / N. tot. pazienti operati	Relazione Direzione Medica POU su rapporto tra interventi programmati e interventi effettuati	25,00	0%	5%	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00	100%	99%
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio - PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT, RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00	100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

21/07/2021Il Direttore Del Dipartimento di
Dr. Andrea NiuttaIl Direttore UOC Oculistica
Dr. Andrea Niutta
Dr.

Check Totale peso area



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B2	Riduzione dei tempi di attesa previsti per gli interventi relativi alla frattura del femore	B2_01	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore, della spalla e del perone entro 48 ore dal primo accesso nella struttura di ricovero	B2_01_01	N. interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano (Età 65+) / N. interventi totali di frattura collo femore	Direzione Medica POU	25,00	100%	≥ 60%	
B3	Incremento della qualità dell'assistenza materno infantile	B3_01	riduzione del rischio per la donna e per il bambino	B3_01_01	proporzione di parti con taglio cesareo primario/ N. parti totali inferiore al 25% su 1000 parti	SIO Direzione Medica POU	25,00	100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	15,00	6%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatazza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatazza	Direzione Medica POU	25,00	≤ 0,32	≤ 0,21	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance Week/Day Surgery Polo Ospedaliere	B13_11_02	N. pazienti rinviati il giorno dell'intervento / N. tot. pazienti operati	Relazione Direzione Medica POU su rapporto tra interventi programmati e interventi effettuati	10,00	0%	5%	



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00		100%	99%	
D23	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00		100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

21-07-2021Il Direttore Dipartimento di
Dr. Andrea NluttaIl Direttore UOSD Anestesia
Dr. Angelo Giuliani

Check Totale peso area

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B2	Informazione dettagliata a tutto il personale offerente alla UOSD degli obiettivi di budget	B2_01	Informazione entro 10 giorni dalla sottoscrizione della presente scheda degli obiettivi della UOSD	B2_01_01	Report sottoscritto dai dirigenti medici	Direzione Dipartimento di Chirurgia	10,00	100%	≥ 60%	
B3	Appropriatezza dei rapporti con gli stakeholders e l'utenza	B3_01	Implementazione dell'umanizzazione delle cure	B3_01_01	incontro con il proprio personale teso al miglioramento della relazione interpersonale cittadino utente-operatore	Strutture interessate	10,00	100%	99%	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica In Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale.	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto	55,00	25,00	6%	5%
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_07	Riduzione del rapporto tra Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	B12_07_01	N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria / N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza	Direzione Medica POU	30,00	≤ 0,32	≤ 0,21	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_11	Miglioramento Performance Week/Day Surgery Polo Ospedaliere	B13_11_02	N. pazienti rinviati il giorno dell'intervento / N. tot. pazienti operati	Relazione Direzione Medica POU su rapporto tra interventi programmati e interventi effettuati	25,00	0%	5%	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	<i>Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale</i>	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema Ts		50,00	100%	99%
D23	<i>DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità</i>	D23_01	Corretta applicazione della procedura PAC - Rimanenze	D23_01_01	Rispetto delle fasi e della tempistica per l'effettuazione annuale e 1 infrannuale	Bilancio		25,00	100%	99%
D23	<i>DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità</i>	D23_03	Attuazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci di esercizio -PAC	D23_03_01	Ciclo del passivo: acquisizione da tutte le UOC/UOSD dei fabbisogni 2022 di beni e servizi, secondo i tempi previsti nelle delibere 285/2018-454/2018 e 455/2018, e relativa comunicazione alla UOC Approvvigionamenti e ICT,RTP, e per conoscenza, al CDG	Dipartimento	10,00	25,00	100% entro il 15/11/2021	90% entro il 30/11/2021



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

21.07.2021Il Direttore Del Dipartimento di
Dr. Andrea NluttaIl Direttore UOS Otorinolaringoiatria e
Dr. Roberto Morello

Check Totale peso area

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI



DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obtv n. 3 (del 1040 del 221.12.2020)	A4_02	Implementazione e avvio attività tamponi molecolari nel turno notturno in urgenza (h. 20:00-8.00)	A4_02_01	N° richieste evase/N° richieste pervenute	Power Lab	10,00 15,00	100%	99%	
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obtv n. 3 (del 1040 del 221.12.2020)	A4_03	Garantire una adeguata campagna vaccinale (in termini di quantità e qualità) assicurando il coordinamento e una completa distribuzione e allestimento (laddove indicato in procedura) dei vaccini Covid a tutti gli utenti interni ed esterni all'Azienda (compresi i MMG)	A4_03_01	Evasione richieste e registrazione dell'erogazione vaccini Covid-19 (sotto obiettivo: allestimento in monodose per vaccino Pifzer 100% delle richieste)	Dip. Servizi	10,00 20,00	100%	99%	
A8	Introduzione della Tecnica di ibridazione in situ cromogenica (CISH) per la valutazione dello stato di amplificazione del gene Her-Neu (Screening del carcinoma della mammella)	A8_03	Formazione di unità tecniche e figure dirigenziali	A8_03_01	N. operatori formati / N. operatori da formare (8 unità di personale)	Dip. Servizi	25,00 10,00 20,00	100%	99%	
A8	Introduzione della Tecnica di ibridazione in situ cromogenica (CISH) per la valutazione dello stato di amplificazione del gene Her-Neu (Screening del carcinoma della mammella)	A8_04	Procedura organizzativa dell'invio di campioni (Paptest, Cytobrush e hpvtest) nell'ambito del I livello dello screening della cervice	A8_04_01	Procedura recepita dal Risk Management	I Share Doc	10,00 15,00	100%	99%	

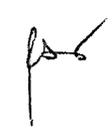
Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A8	Monitoraggio dei LEA implementati nel 2019 al fine di assicurare tutte le prestazioni nei tempi previsti per assicurare agli utenti i migliori outcome.	A8_04	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R	A8_04_01	Invio mensile dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	Farmacia		30,00		12	12	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA												
B5	Autosufficienza sangue e suoi derivati	B5_01	Incremento dell'attività di raccolta sangue rispetto all'anno precedente	B5_01_01	% di incremento dell'attività di raccolta rispetto all'anno precedente	Dip. Servizi		50,00		≥ 5% anno 2020	≥ 5% anno 2020	
B10	Contenimento dei costi	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	20,00	50,00		6	6	
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA												
C1	Contenimento della spesa farmaceutica	C1_01	Corretta associazione sottoconto farmaci e dispositivi	C1_01_01	N. segnalazioni evase / N. segnalazioni totali del CdG su corretta codifica associazione farmaci di dispositivi conto Co.Ge. - conto Co.An.	AREAS		30,00		100%	95%	
C2	Contenimento della spesa farmaceutica	C2_04	Riduzione della spesa farmaceutica procapite convenzionata	C2_04_02	Spesa distrettuale procapite 2021 / Spesa distrettuale procapite 2020 - Spesa media pro capite come da indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	Farmacia e Direttori di Distretto	20,00	35,00		100%	99%	







Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
C2	Contenimento della spesa farmaceutica	C2_05	Standardizzazione della Spesa farmaceutica ospedaliera per peso DRG	C2_05_01	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto peso DGR 2021 / Spesa farmaceutica ospedaliera per punto peso DGR 2020	Farmacia + Direzione Medica di Presidio		35,00		100%	99%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		1,00	0,99	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Roma 20/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi

100,00

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Dott.ssa Roberta Di Turi

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziale 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obv n. 3 (del 30/04 del 221.12.2020)	A4_03	Garantire una adeguata campagna vaccinale (in termini di quantità e qualità) assicurando il coordinamento e una completa distribuzione e allestimento (laddove indicato in procedura) dei vaccini Covid a tutti gli utenti Interni ed esterni all'Azienda (compresi i MMG).	A4_03_01	Evasione richieste erogazione vaccini Covid-19 MMG	UOC Farmacia Territoriale	30,00	100%	99%
	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obv n. 3 (del 30/04 del 221.12.2020)		Garantire una adeguata campagna vaccinale assicurando corretta gestione delle segnalazioni di eventi avversi da vaccini Covid		Numero schede di segnalazione ADR pervenute/ Numero segnalazioni inviate alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV)	UOC Farmacia Territoriale	30,00		
A8	Monitoraggio del LEA implementati nel 2019 al fine di assicurare tutte le prestazioni nei tempi previsti per assicurare agli utenti i migliori outcome.	A8_04	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R	A8_04_01	Inserimento mensile movimenti al fine dell'invio mensile dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	UOC Farmacia Territoriale	40,00	100%	99%
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA									
C2	Contenimento della spesa farmaceutica	C2_04	Riduzione della spesa farmaceutica procapite convenzionata	C2_04_02	Spesa distrettuale procapite 2021 / Spesa distrettuale procapite 2020 - Spesa media pro capite come da Indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	Farmacia e Direttori di Distretto	50,00	100%	99%
C2	Contenimento della spesa farmaceutica		Riduzione spesa farmaceutica integrativa - Progetto Regionale DPC Diabete - Avvio attività come ASL Capofila		Implementazione nuova Linea Attività ASL Capofila DPC Diabete		50,00	100%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D18	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D18_05	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuali della Certificabilità Rispetto dello stato di avanzamento dell'implementazione del PAC aziendale	D18_05_02	100% delle bolle registrate entro 5 gg lavorativi e agganciate al rispettivo ordine	AREAS	10,00	100%	95%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione alla Direzione Dipartimento	10,00	100,00	1,00 0,99

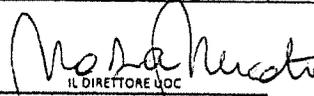
Roma 27/07/2021

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO
 Dott.ssa Roberta Di Turi

IL DIRETTORE UOC
 Dott.ssa Marzia Mensurati

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negotiato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obtv n. 3 (del 10/00 del 22.12.2020)	Garantire una adeguata campagna vaccinale assicurando corretta gestione delle segnalazioni di eventi avversi da vaccini Covid	Numero schede di segnalazione ADR pervenute/ Numero segnalazioni inviate alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV) entro i termini	Farmaceutico	50%		100%	95%		
A8	Monitoraggio dei LEA implementati nel 2019 al fine di assicurare tutte le prestazioni nei tempi previsti per assicurare agli utenti i migliori outcome.	Trasmissione flussi mensili farmaceutica (art.50 e dematerializzata) entro i termini	n. file mensili farmaceutica convenzionata inviati AlFrasco-RLazio/n. file mensili resi disponibili/prodotti	Farmaceutico		50%		100%	80%	Invio entro il mese successivo il periodo di riferimento
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA										
C2	Contenimento della spesa farmaceutica	C2_04	Riduzione della spesa farmaceutica procapite convenzionata	C2_04_02	Spesa distrettuale procapite 2021 / Spesa distrettuale procapite 2020 - Spesa media procapite come da Indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	Farmacia e Direttori di Distretto	50%	35%	100%	99%
C2	Contenimento della spesa farmaceutica		Rispetto dell'appropriatezza prescrittiva		Realizzazione Report Monitoraggio Prescrizioni in Pediatria (pediatria di libera scelta) per elaborazione in Visione ASL/Distretto/PLS	Farmaceutico		30%	100%	90%
C2	Contenimento della spesa farmaceutica		Definizione contestazioni contabili Farmacie (su Tabulati elaborazione Distinte Contabili Riepilogative Mensili anni 2017 - 2018 da eseguire)		Numero Verbali di definizione Contestazione Tabulati mensili/ Numero Contestazioni (anni 2017 e 2018)	Farmaceutico		35%	95%	75%

ROMA 2/08/2021


 IL DIRETTORE UOC
 Dott.ssa Marzia Mansurati


 IL RESP. LE DELL'UOS
 Dott.ssa Alessandra Biasi

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziale 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obit n. 3 (del 10/08 del 21.12.2020)	A4_03	Garantire una adeguata campagna vaccinale (in termini di quantità e qualità) assicurando il coordinamento e una completa distribuzione e allestimento (teddove indicato in procedura) dei vaccini Covid a tutti gli utenti Interni ed esterni all'Azienda (compresi i MMG).	A4_03_01	Evasione richieste e registrazione dell'erogazione vaccini Covid-19 (ratio obiettivo: allestimento in monodose per vaccino Pfizer 100% delle richieste)	Dio, Servizi	50,00	50,00	100%	99%
A8	Monitoraggio del LEA implementati nel 2019 al fine di assicurare tutte le prestazioni nei tempi previsti per assicurare agli utenti i migliori outcome.	A8_04	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R	A8_04_01	Invio mensile dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	Farmacia	10,00	10,00	12	12
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	20,00	20,00	6	6
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA										
C1	Contenimento delle spese farmaceutica	C1_01	Corretta associazione sottoconto farmaci e dispositivi	C1_01_01	M. segnalazioni avverse / M. segnalazioni istati del CdG su corretta codifica associazione farmaci di dispositivi conto Co.Ge. conto Co.An.	AREAS	20,00	50,00	100%	95%
C2	Contenimento delle spese farmaceutica	C2_05	Standardizzazione della Spesa farmaceutica ospedallera per peso DQG	C2_05_01	Spesa farmaceutica ospedallera per punto peso DGR 2021 / Spesa farmaceutica ospedallera per punto peso OGR 2020	Farmacia + Direzione Medica di Presidio	20,00	10,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	1,00	0,99
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Planificazione delle azioni attese per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	M. richieste evase / M. richieste ricevute da indicazioni regionali/evase/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	25,00	100,00	100%	90%

Roma 20/03/2021

100,00

IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Roberta Di Turi



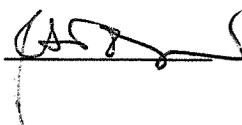
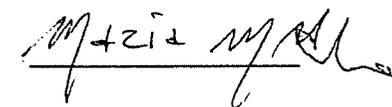
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obv n. 3 (del 1040 del 22.12.2020)	A4_03	Garantire una adeguata campagna vaccinale (in termini di quantità e qualità) assicurando il coordinamento e una completa distribuzione e allestimento (laddove indicato in procedura) dei vaccini Covid a tutti gli utenti interni ed esterni all'Azienda (compresi i MMG)	A4_03_01	Evasione richieste e registrazione dell'erogazione vaccini Covid-19 (sotto obiettivo: allestimento in monodose per vaccino Pfizer 100% delle richieste)	Dip. Servizi	50,00	100%	99%	
A8	Monitoraggio dei LEA implementati nel 2019 al fine di assicurare tutte le prestazioni nei tempi previsti per assicurare agli utenti i migliori outcome.	AB_04	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R	AB_04_01	Invio mensile dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	Farmacia	50,00	12	12	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	25,00	100,00	6	6
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA										
C1	Contenimento della spesa farmaceutica	C1_01	Corretta associazione sottoconto farmaci e dispositivi	C1_01_01	N. segnalazioni evase / N. segnalazioni totali del CdG su corretta codifica associazione farmaci di dispositivi conto Co.Ge. - conto Co.An.	AREAS	25,00	50,00	100%	95%
C2	Contenimento della spesa farmaceutica	C2_05	Standardizzazione della Spesa farmaceutica ospedaliera per peso DRG	C2_05_01	Spesa farmaceutica ospedaliera per punto peso DGR 2021 / Spesa farmaceutica ospedaliera per punto peso DGR 2020	Farmacia + Direzione Medica di Presidio	50,00	100%	99%	

Roma 21/07/2021

Il Direttore del Dipartimento
 D.ssa Roberta di Turi

RRIFI

IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Maria Mottola



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A4	Appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza nella gestione emergenza Covid in ottemperanza all'obtv n. 3 (del 1040 del 221.12.2020)	A4_02	Implementazione e avvio attività tamponi molecolari nel turno notturno in urgenza (h. 20:00-8.00)	A4_02_01	N. richieste evase / N. richieste pervenute	Power Lab	40,00	100,00	100%	99%
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B%	Controllo delle infezioni ospedaliere e appropriatezza prescrittiva antibiotici	B5_01	Identificazione e monitoraggio delle resistenze agli antimicrobici	B5_01_01	Report di monitoraggio dell'a sorveglianza microbica e delle resistenze suddiviso per U.O. ad alta intensità	Power Lab	20,00	100,00	≥ 5% anno 2020	≥ 5% anno 2020
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	1,00	0,99
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 20/07/2021

IL DIRETTORE FF
Dott.ssa Daniela CapozziIL Direttore Dipartimento
Dott.ssa Roberta Di Turi20/07/2021

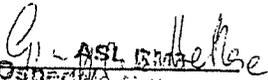
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B5	Autosufficienza sangue e suoi derivati	B5_01	Incremento dell'attività di raccolta sangue rispetto all'anno precedente	B5_01_01	% di Incremento dell'attività di raccolta rispetto all'anno precedente	Dip. Servizi	60,00	40,00	≥ 5% anno 2020	≥ 5% anno 2020
B10	Arruolamento donatori di Midollo Osseo	B5_10	Implementazione procedura di selezione e arruolamento	B5_10_10	Stesura e Implementazione procedura in condivisione con AO San Camillo	SIMT	60,00	60,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	1,00	0,99
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

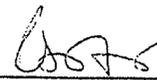
Roma 20/07/2021

IL DIRETTORE FF
 Dott.ssa G. De Rosa

#RIFI

IL Dir. Dipartimento
 Dott.ssa Roberta Di Turi


 Ospedale di Trassi
 Dr. GIUSEPPINA DE ROSA
 20300010



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Startco 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A8	Introduzione della Tecnica di ibridazione in situ cromogenica (CISH) per la valutazione dello stato di amplificazione del gene Her-Neu (Screening del carcinoma della mammella)	A8_03 Formazione di unità tecniche e figure dirigenziali	A8_03_01 N. operatori formati / N. operatori da formare (8 unità di personale)	Dip. Servizi	50,00		100%	99%	
A8	Introduzione della Tecnica di ibridazione in situ cromogenica (CISH) per la valutazione dello stato di amplificazione del gene Her-Neu (Screening del carcinoma della mammella)	A8_04 Procedura organizzativa dell'invio di campioni (Paptest, Cytobrush e hpvtest) nell'ambito del I livello dello screening della cervice	A8_04_01 Procedura recepita dal Risk Management	I Share Doc	50,00		100%	99%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	1,00	0,99	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%	

Roma 21/07/2021

X IL DIRETTORE FF
Dott. A. Ansinì

100,00
IL DIRETTORE Dipartimento
Dott.ssa R. Di Turi

Miocti

R. Di Turi

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)



DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE

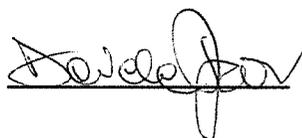
Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA												
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Aumento degli screening del tumore della mammella	A3_01_01	% di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	Dip. Prevenzione Radiologia Grassi	20,00	100,00		≥ 60%	≥ 35%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELLA APPROPRIATEZZA												
B1	Riduzione dell'affollamento in Pronto Soccorso	B1_01	Riduzione della permanenza in PS/DEA	B1_01_01	Tempo di permanenza in PS dei pazienti con esito dimissione >6h	Dip. Emergenza Dir. Medica POU	40,00	20,00		≤ 10%	≤ 15%	
B1	Riduzione dell'affollamento in Pronto Soccorso	B1_01	Riduzione della permanenza in PS/DEA	B1_01_02	Accessi con esito ricovero o trasferimento e tempo di permanenza superiore alle 24 ore, escluso OBI / N. ricoveri	Dip. Emergenza Dir. Medica POU		10,00		≤ 15%	≤ 20%	
B1	Riduzione dell'affollamento in Pronto Soccorso	B1_01	Riduzione della permanenza in PS/DEA	B1_01_03	Tempo di permanenza in PS dei pazienti con Codice 1 ed esito ricovero/trasferimento >24h	Dip. Emergenza Dir. Medica POU		20,00		≤ 15%	≤ 25%	
B1	Riduzione dell'affollamento in Pronto Soccorso	B1_03	Chiusura Schede PS entro 12 ore	B1_03_01	% schede chiuse entro 12 ore escluso OBI	Dip. Emergenza Dir. Medica POU		10,00		80%	75%	
B4	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B4_01	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza in ICU	B4_01_01	ICA 2021 / ICA 2020	Risk Management - PARM		10,00		<1	<1	



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B7	Utilizzo appropriato del ricovero ordinario	B7_09	Riduzione del tasso di ricovero per pazienti provenienti da PS	B7_09_02	N. ricoveri provenienti da PS / N. ricoveri tot. (escluso periodi di sospensione ricoveri in elezione)	Tutte le UU.OO. ospedaliere		10,00		<5% anno 2020	<2% anno 2020	
B12	Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	B12_06	Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza; Attivazione delle procedure per la profilassi antibiotica in Chirurgia Maggiore, Minore, Specialistica e Generale	B12_06_01	Riduzione dell'infezione correlata all'assistenza rispetto all'anno 2020	Relazione Direzione Medica POU sulle infezioni segnalate dal Laboratorio Analisi suddivisa per ciascun reparto		20,00		6%	5%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate - NRE - da parte dei Dipartimenti e dei Sumaisti	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette	Strutture interessate	5,00	100,00		incremento del 50% rispetto all'anno 2020	incremento del 50% rispetto all'anno 2020	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Roma 20/07/2021

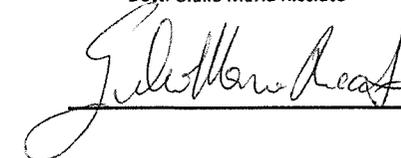
IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE
 Dott. Giulio Maria Ricciuto



ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciuto

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021

DIPARTIMENTO DEA – UOC P.S. E MED. d'URG.

Responsabile Dott Giulio Maria Ricciuto

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OBERATIVO	INDICATORE AZIENDALE E VA E VMA	INDICATORE STRUTTURA	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	FONTE
A1	A10_02	A10_02_01 80%; 60%	Numero di incontri web o in presenza 20/7-31/12/21	>18	≥ 14	10	DEA segreteria
B1	B1_01	B1_01_01 ≤ 10%; ≤ 15 %	In PS pz dimessi >6h/pz dimessi da PS x 100 escluso OBI	≤ 10%	≤ 15%	10	GIPSE FA. STAT
B1	B1_01	B1_01_02 ≤ 15%; ≤ 20 %	-Pazienti ricoverati+trasferiti in destinazione a <8h/ricoverati+trasferiti totali in destinazione x 100 escluso OBI	≥ 85%	≥ 80%	7	BED MANAGEMENT (primo fax pazienti in destinazione)
			-Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI/pazienti obi x 100	≤ 20%	≤ 30%	8	GIPSE FA. STAT
B1	B1_01	B1_01_03 ≤ 15%; ≤ 25 %	Pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti con decisione ricovero <8h/pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti totali x 100	≥ 85%	≥ 75%	10	BED MANAGEMENT (primo fax eseguito)
B1	B1_03	B1_03_01 ≥ 80%; ≥ 75 %	Numero schede chiuse <12h escluso pazienti ricoverati + trasferiti/schede chiuse x 100 escluso OBI	≥ 90%	≥ 85%	10	GIPSE FA. STAT
B7	B7_09	B7_09_02 ≤ 5%; ≤ 2%	Ricovero da PS 2020 – ricovero da PS 2021/ricovero da PS 2020 x 100	>5%	>2%	10	GIPSE FA. STAT
D3	D3_02	D3_02_01 +50% su 2020	Ricette dematerializzate in	>50%	>50%	10	DEA segreteria

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
 DIPARTIMENTO DEA – UOC P.S. E MED. d'URG.
 Responsabile Dott Giulio Maria Ricciuto

			esito PS domicilio (2021-2020)/ricette dematerializzate in esito PS domicilio 2021				
10F2	F2_01	F2_01_01 100%; ≥ 90%	Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	15	DEA segreteria
BUON USO DEL SALGNUE	APPLICAZIONE PERCORSO ANEMIA SIDEROPENICA CON RISPARMIO TRASFUSIONI		Numero pazienti trattati con carbossimaltoso ferrico/numero pazienti con anemia sideropenica	≥ 70%	≥ 50%	5	Farmacia + UOS PS
MIGLIORAMENTO ESITI DI ICTUS	RIDUZIONE TEMPO DOOR-NEEDLE ICTUS IPERACUTO		Numero trombolisi avviate con T<45'/numero trombolisi totali	≥ 75%	≥ 50%	5	Registro trombolisi

Il Direttore del Dipartimento DEA

Dr. Giulio Maria Ricciuto



ASL ROMA 3
 Direttore D.E. A.
 Dr. Giulio Maria Ricciuto

Il Direttore UOC PS

Dr. Giulio Maria Ricciuto

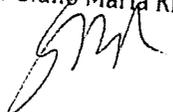


ASL ROMA 3
 Direttore U.O.C. Pronto Soccorso
 e Medicina d'Urgenza
 Dr. Giulio Maria Ricciuto
 2030001019905876

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DEA – UOC P.S. E MED. D'URG. – UOS PRONTO SOCCORSO
Responsabile Dott Giulio Maria Ricciuto

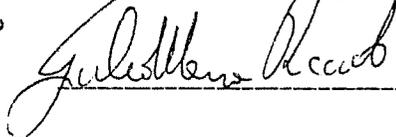
INDICATORE STRUTTURA	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	INDICATORE UOS P.S.	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	FONTI
Numero di incontri web o in presenza 20/7-31/12/21	>18	≥ 14	10	N. Partecipazioni agli incontri e redazione verbale salvo guardia o congedo in atto	100%	> 80%	15	DEA Segreteria
In PS pz dimessi >6h/pz dimessi da PS x 100 escluso OBI	≤ 10%	≤ 15%	10	Produzione Istruz Oper OBI sec LG Ministero Salute 2019 Discussione di casi clinici rilevati per anomalie di percorso con verbale e miglioramenti proposti	SI	2	20	Segreteria DEA/Rischio Clinico
-Pazienti ricoverati+trasferiti in destinazione a <8h/ricoverati+trasferiti totali in destinazione x 100 escluso OBI	≥ 85%	≥ 80%	7					
-Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI/pazienti obi x 100	≤ 20%	≤ 30%	8					
Pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti con decisione ricovero <8h/pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti totali x 100	≥ 85%	≥ 75%	10					
Numero schede chiuse <12h escluso pazienti ricoverati + trasferiti/schede chiuse x 100 escluso OBI	≥ 90%	≥ 85%	10	Numero schede chiuse <12h escluso pazienti ricoverati + trasferiti/schede chiuse x 100 escluso OBI	≥ 90%	≥ 85%	20	GIPSE FA_STAT
Ricovero da PS 2020 – ricovero da PS 2021/ricovero da PS 2020 x 100	>5%	>2%	10					
Ricette dematerializzate in esito PS domicilio (2021-2020)/ricette dematerializzate in esito PS domicilio 2021	>50%	>50%	10	Produzione Istruz Oper ricette dematerializzate in PS	SI		10	Segreteria DEA/Rischio Clinico
Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	15	Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	10	Segreteria DEA
Numero pazienti trattati con carbosimaltoso ferrico/numero pazienti con anemia suderopenica	≥ 70%	≥ 50%	5	Numero pazienti trattati con carbosimaltoso ferrico/numero pazienti con anemia suderopenica	≥ 70%	≥ 50%	5	Farmacia + GIPSE
Numero trombolisi avviate con T<45'/numero trombolisi totali	≥ 75%	≥ 50%	5	Numero trombolisi avviate con T<45'/numero trombolisi totali	≥ 75%	≥ 50%	5	Registro Trombolisi

ASL ROMA 3
 Direttore D.E.A.
 Dr. Giulio Maria Ricciuto

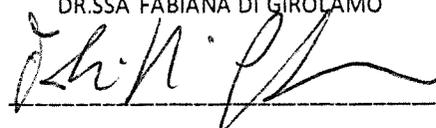


ASL ROMA 3
 Direttore U.O.C. Pronto Soccorso
 e Medicina d'Urgenza
 Dr. Giulio Maria Ricciuto
 2000001010000876

IL DIRETTORE DI UOC
 DR. GIULIO MARIA RICCIUTO



IL RESPONSABILE UOS PRONTO SOCCORSO
 DR.SSA FABIANA DI GIROLAMO



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021

DIPARTIMENTO DEA – UOC P.S. E MED. D'URG. – UOS MEDICINA D'URGENZA

Responsabile Dott Giulio Maria Ricciuto

INDICATORE STRUTTURA	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	INDICATORE UOS P.S.	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	FONTE
Numero di incontri web o in presenza 20/7-31/12/21	>18	≥ 14	10	N. Partecipazioni agli incontri salvo guardia o congedo in atto	100%	> 80%	15	DEA Segreteria
In PS pz dimessi >6h/pz dimessi da PS x 100 escluso OBI	≤ 10%	≤ 15%	10	Produzione Istruz Oper Ricoveri e trasferimenti	SI		20	Segreteria DEA/Rischio Clinico
-Pazienti ricoverati+trasferiti in destinazione a <8h/ricoverati+trasferiti totali in destinazione x 100 escluso OBI	≥ 85%	≥ 80%	7					
-Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI/pazienti obi x 100	≤ 20%	≤ 30%	8					
Pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti con decisione ricovero <8h/pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti totali x 100	≥ 85%	≥ 75%	10					
Numero schede chiuse <12h escluso pazienti ricoverati + trasferiti/schede chiuse x 100 escluso OBI	≥ 90%	≥ 85%	10	Produzione Istruz Oper Utilizzo GIPSE	SI		10	Segreteria DEA
Ricovero da PS 2020 – ricovero da PS 2021/ricovero da PS 2020 x 100	>5%	>2%	10	Numero di cartelle di MURG chiuse a 7 gg salvo cod 5 e esami in corso/numero di cartelle totali di MURG x 100	100%	95%	20	SIO
Ricette dematerializzate in esito PS domicilio (2021-2020)/ricette dematerializzate in esito PS domicilio 2021	>50%	>50%	10					
Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	15	Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	10	Segreteria DEA
Numero pazienti trattati con carbossimaltoso ferrico/numero pazienti con anemia suderopenica	≥ 70%	≥ 50%	5	Organizzazione anche web della Formazione su PBM, uso del ferro in PS e risparmio trasfusioni	SI		10	Segreteria DEA
Numero trombolisi avviate con T<45'/numero trombolisi totali	≥ 75%	≥ 50%	5					

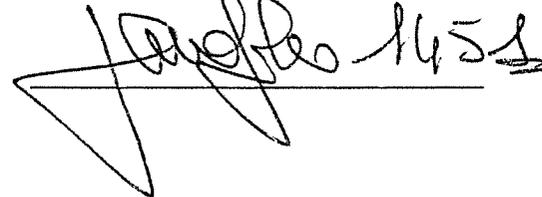
ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciuto

ASL RM3
Direttore U.O.C. Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza
Dr. Giulio Maria Ricciuto
2030061019905876

IL DIRETTORE DI UOC
DR. GIULIO MARIA RICCIUTO



IL RESPONSABILE UOS MEDICINA D'URGENZA
DR. FLAVIO SOLEO



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021

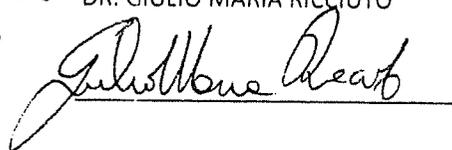
DIPARTIMENTO DEA – UOC P.S. E MED. D'URG. – UOS GOVERNO DEI CODICI MINORI IN PS

Responsabile Dott Giulio Maria Ricciuto

INDICATORE STRUTTURA	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	INDICATORE UOS P.S.	VALORE ATTESO	VALORE MINIMO ACCETTABILE	PESO INDICATORE	FONTI
Numero di incontri web o in presenza 20/7-31/12/21	>18	≥ 14	10	N. Partecipazioni agli incontri salvo guardia o congedo in atto	100%	> 80%	15	DEA Segreteria
In PS pz dimessi >6h/pz dimessi da PS x 100 escluso OBI	≤ 10%	≤ 15%	10	Produzione Istruz Oper Pagamento Ticket	SI		20	Segreteria DEA/Rischio Clinico
-Pazienti ricoverati+trasferiti in destinazione a <8h/ricoverati+trasferiti totali in destinazione x 100 escluso OBI	≥ 85%	≥ 80%	7	Tempo di permanenza media in min codici 4 e 5 dimessi 2021 escl OBI x 100/Tempo di permanenza media in min cod 4 e 5 dimessi 2020 escl OBI	≤ 90%	≤ 95%	15	
-Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI/pazienti obi x 100	≤ 20%	≤ 30%	8	Discussione di casi clinici di codici minori con percorso apparentemente ridondante con verbale e miglioramenti proposti	≥ 3	2	15	
Pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti con decisione ricovero <8h/pazienti codice 1 ricoverati + trasferiti totali x 100	≥ 85%	≥ 75%	10					
Numero schede chiuse <12h escluso pazienti ricoverati + trasferiti/schede chiuse x 100 escluso OBI	≥ 90%	≥ 85%	10	Produzione Istruz Oper abbandoni PS (Non risponde a chiamata e Si allontana spontaneamente)	SI		15	Segreteria DEA
Ricovero da PS 2020 – ricovero da PS 2021/ricovero da PS 2020 x 100	>5%	>2%	10					
Ricette dematerializzate in esito PS domicilio (2021-2020)/ricette dematerializzate in esito PS domicilio 2021	>50%	>50%	10					
Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	15	Richieste girate via mail o foglio firma al personale <10giorni/numero richieste ricevute	100%	≥ 90%	20	Segreteria DEA
Numero pazienti trattati con carbossimaltoso ferrico/numero pazienti con anemia suderopenica	≥ 70%	≥ 50%	5					
Numero trombolisi avviate con T<45'/numero trombolisi totali	≥ 75%	≥ 50%	5					

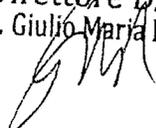
ASL RM3
Direttore U.O.C. Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza
Dr. Giulio Maria Ricciuto
2030001019905876

IL DIRETTORE DI UOC
DR. GIULIO MARIA RICCIUTO



IL RESPONSABILE UOS GOVERNO DEI CODICI MINORI IN PS
DR. SALVATORE PALAMARA

ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciuto





OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE STRUTTURA	Valore atteso	Valore Minimo Accettabile	Peso Indicatore	FONTE
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA						
A3	A3_01	A3_01_01	>60%	>35%	20	SIP/SIO 2.0
B - area del governo clinico e della appropriatezza						
B1	Standardizzazione delle procedure di acquisizione e refertazione per esami e ICTUS Iperacuto	Referti ICTUS eseguiti con tale procedura - referti ICTUS totali x 100	>30%	>20%	15	RIS/PACS
B1	Riduzione tempi di esecuzione - tempi totali di esecuzione inaging pazienti con cod. 1	N. pazienti con Ictus iperacuto in cod. 1 con inaging eseguito e referti entro 30 minuti dall'arrivo in triage - N. totale di inaging in pazienti con ictus iperacuto x 100	>75%	>50%	5	GIPSE + RIS/PACS
B1	Riduzione dei tempi di esecuzione e refertazione in radiologia dei pazienti con esito dimessi	N. di esami radiologici eseguiti e refertati entro 3 ore dalla richiesta in paziente con esito dimesso - N. totale di esami radiologici eseguiti in pazienti con esito dimesso	>90%	>75%	5	GIPSE + RIS/PACS
B1	Riduzione tempi di esecuzione TAC per cod. 1+2	N. TAC eseguite e refertate entro 30 minuti (cod. 1) entro 60 minuti (cod. 2) dalla richiesta - N. totale di TAC eseguite nei cod. 1+2	>90%	>75%	5	GIPSE + RIS/PACS

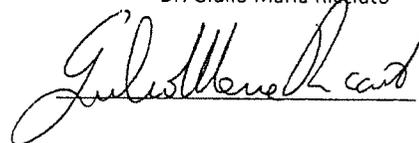
B1	Adozione di agenda riservata per pazienti dimessi da PS a 72h max per TAC, RMN e ECO	Adempimento SI-NO	entro il 16.9.2021		15	UOC Diagnostica per Immagini
B12	Protocollo per esecuzione di indagini radiologiche in pazienti infetti, noti o sospetti	Adempimento SI-NO			15	UOC Sicurezza, Qualità e Gestione del Rischio
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'						
E1	E1_01	E1_01_01	nessuna segnalazione		5	Relazione del Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19						
F2	F2_01	F2_01_01	>100%	>90%	15	Direzione Sanitaria/Rischio Clinico

DATA

28/07/2021

Il Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione

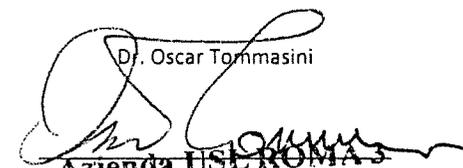
Dr. Giulio Maria Ricciuto



ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciuto

Il Direttore UOC Diagnostica per Immagini

Dr. Oscar Tommasini



Azienda USL ROMA 3
P.O. OSPEDALE G.B. GRASSI
U.O.C Diagnostica per Immagini
Dr. TOMMASINI OSCAR
1040001016904998

UOS - Diagnostica per Immagini DEA

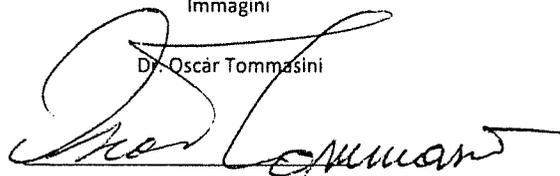
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE STRUTTURA	Valore atteso	Valore Minimo Accettabile	Peso Indicatore	FONTE
B - area del governo clinico e della appropriatezza						
B1	Standardizzazione delle procedure di acquisizione e refertazione per esami e ICTUS Iperacuto	Referti ICTUS eseguiti con tale procedura - referti ICTUS totali x 100	>30%	>20%	15	RIS/PACS
B1	Riduzione dei tempi di esecuzione e refertazione in radiologia dei pazienti con esito dimessi	N. di esami radiologici eseguiti e refertati entro 3 ore dalla richiesta in paziente con esito dimesso - N. totale di esami radiologici eseguiti in pazienti con esito dimesso	>90%	>75%	15	GIPSE + RIS/PACS
B1	Adozione di agenda riservata per pazienti dimessi da PS a 72h max per TAC, RMN e ECO	Adempimento SI-NO	entro il 16.9.2021		30	UOC Diagnostica per Immagini
B12	Protocollo per esecuzione di indagini radiologiche in pazienti infetti, noti o sospetti	Adempimento SI-NO	entro il 31.12.2021		20	UOC Sicurezza, Qualità e Gestione del Rischio
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ						
E1	E1_01	E1_01_01	nessuna segnalazione		5	Relazione del Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione
F - GESTIONE EMERGENZA E POST-EMERGENZA COVID-19						
F2	F2_01	F2_01_01	>100%	>90%	15	Direzione Sanitaria/Rischio Clinico

DATA

04/08/2021

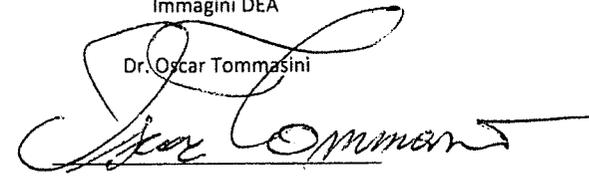
Il Direttore f.f. della UOC Diagnostica per Immagini

Dr. Oscar Tommasini



Il Responsabile della UOS Diagnostica per Immagini DEA

Dr. Oscar Tommasini





UOS - Diagnostica per Immagini coordinamento attività territoriali

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE STRUTTURA	Valore atteso	Valore Minimo Accettabile	Peso Indicatore	FONTE
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA						
A3	A3_01 Aumento degli screening del tumore della mammella	A3_01_01 % di mammografie di screening effettuate sul territorio sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	>60%	>35%	20	SIP/SIO 2.0
B - area del governo clinico e della appropriatezza						
B1	Incremento numero indagini TC eseguite sul territorio	Numero TC ambulatoriali eseguite sul territorio 2021 (secondo semestre)/ numero TC ambulatoriali eseguite sul territorio 2020 (secondo semestre)	>50%	>25%	15	RIS/PACS
B1	Incremento numero indagini radiologiche eseguite sul territorio	Numero esami radiologici ambulatoriali eseguiti sul territorio 2021 (secondo semestre)/ numero esami radiologici ambulatoriali eseguiti sul territorio 2020 (secondo semestre)	>50%	>25%	10	RIS/PACS
B1	Incremento numero indagini ecografiche eseguite sul territorio	Numero esami ecografici ambulatoriali eseguiti sul territorio 2021 (secondo semestre)/ numero esami ecografici ambulatoriali eseguiti sul territorio 2020 (secondo semestre)	>50%	>25%	5	RIS/PACS
B12	Protocollo per esecuzione di indagini radiologiche a domicilio in pazienti con ridotta mobilità	Adempimento SI-NO			30	UOC Sicurezza, Qualità e Gestione del Rischio
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ						
E1	E1_01	E1_01_01	nessuna segnalazione		5	Relazione del Responsabile della UOC Prevenzione e Protezione
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19						
F2	F2_01	F2_01_01	>100%	>90%	15	Direzione Sanitaria/Rischio Clinico

DATA

04/08/2021

Il Direttore f.f. della UOC Diagnostica per Immagini

Dr. Oscar Tommasini

Il Responsabile della UOS Diagnostica per Immagini coordinamento delle attività territoriali

Dr. Antonino Genovese

ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciuto

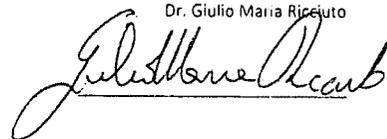
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE AZIENDALE	INDICATORE STRUTTURA	Valore atteso	Valore Minimo Accettabile	Peso Indicatore	FONTE
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA							
A1 - Istituzione PICC TEAM	Apertura ambulatorio dedicato almeno 1 volta a settimana	N. richieste congrue di impianto catetere vascolare/n. impianti effettuati	Dipartimento di Emergenza e Accettazione	1	1,00	10	UOSD Rianimazione
B - area del governo clinico e della appropriatezza							
B1 - Progetto e coordinamento delle attività di Terapia del Dolore ASL RM 3	PDT Territorio-Ospedale	Cartelle ambulatoriali di Terapia Antalgica/scheda di rilevazione del dolore NRS/DN4	Direzione Distretti e DMO POU	100%		20	
B1	B1_01	B1_01_03 < 15%; 25%	Pazienti codice 1 ricoverati+trasferiti entro 24 h con consulenza rianimatoria -pazienti codice 1 ricoverati+trasferiti totali con consulenza rianimatoria	>95%	>85%	20	BED MANAGEMENT + GIPSE (primo fax eseguito)
B1 - Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	Riduzioni ICA in Terapia Intensiva: consumo di gel idroalcolico in T.I.	20L/1000ggpaziente (20 ml/pz die)	Dipartimento dei Servizi Farmacia Ospedaliera	100%	>90%	20	
B1 - Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	Istruzioni operative finalizzate alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle infezioni in T.I.	3 Istruzioni Operative	Dipartimento di Emergenza e Accettazione	3	.3	20	
B1 - Riduzione del rischio clinico e miglioramento della sicurezza del paziente	Compilazione della check-list presente in cartella "attività di routine" finalizzata alla prevenzione delle infezioni e polmoniti da VAP	Cartelle chiuse/cartelle con check-list compilata	Direzione Medica di Presidio	100%	>98%	10	

DATA

28/07/2021

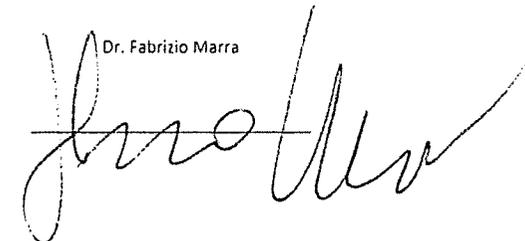
Il Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Dr. Giulio Maria Ricciuto


**ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciuto**

Il Responsabile UOSD Rianimazione

Dr. Fabrizio Marra



STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE



DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE

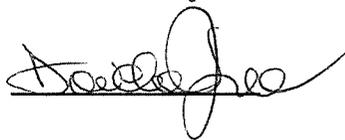
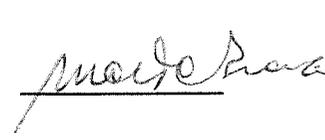
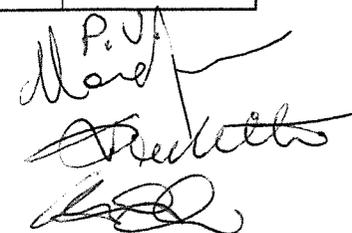
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA											
A2	Rispetto delle tempistiche di invio, congruità e completezza dei flussi informativi come da calendario regionale	A2_17	Produzione dei flussi territoriali aziendali (RSA, Art.26, Salute Mentale, ADI, Dipendenze) entro i termini di legge per le attività di competenza	A2_17_01	Invio report trimestrale	UOS Flussi sanitari istituzionali		20,00	100%	99%	
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Aumento degli screening del tumore della mammella	A3_01_01	% di mammografie effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	Dip. Prevenzione		15,00	≥ 50%	≥ 35%	
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Aumento degli screening del tumore della cervice uterina	A3_02_01	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	Dip. Prevenzione /UOC Cure Primarie		15,00	≥ 40%	≥ 25%	
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione /UOC Cure Primarie		15,00	≥ 40%	≥ 25%	
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	SIAT/ UU.O.CC Distretti		15,00	>1,88%	>1,88%	
A15	Miglioramento della tutela della salute pubblica	A15_05	Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	A15_05_01	% dei residenti invitati alla vaccinazione rispetto ai residenti target da protocollo campagna antinfluenzale	SIAT/ UU.O.CC Distretti		20,00	100%	100%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_01	Gestione degli ordini elettronici dei beni/servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica du avvio orevita dalla Regione Lazio	D15_01_01	Adempimenti SI-NO	AREAS		30,00	100,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico		30,00	100,00	100%	90%

DATA

 IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi

 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

28.07.2021

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA



DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_01_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		20,00	3	3
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	%di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		30,00	≥ 50%	≥ 25%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT	20,00	20,00	2,20%	2%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT		30,00	6	3
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report bimestrale al CDG e alla Direzione Sanitaria		25,00	3	3
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per percorso terapeutico diagnostico assistito in telemedicina / N. pazienti arruolati nel percorso terapeutico diagnostico	UOC Direzione di Distretto	25,00	25,00	100%	98%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	25,00	100% <= 10 gg	90% <= 10 gg



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		25,00		100% <= 120 gg	90% <= 150 gg	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS		50,00		50%	49%	
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Verifica della congruità sanitaria entro 10 gg. per garantire il rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	20,00	50,00		0	10	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Segni

100,00
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE F. F.
Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri



UOS Assistenza Primaria e CDS

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di Incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_01_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	30,00	70,00	3	3
A3	Riduzione di Incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	30,00	30,00	≥ 50%	≥ 25%
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per percorso terapeutico diagnostico assistito in telemedicina / N. pazienti arruolati nel percorso terapeutico diagnostico	UOC Direzione Distretto	30,00	30,00	100%	98%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	30,00	35,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	30,00	35,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg



UOS Assistenza Primaria e CdS

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Anno	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (Incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS	10,00	100,00	50%	49%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 04/08/2021

IL DIRETTORE ff DISTRETTO
Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri

Il Resp.le UOS Ass. Prim.
Dott.ssa Maria Letizia
Eleuteri



UOS Fragilità e Cure Palliative

Obliettivo Strategico	Obliettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT		40,00	2,20%	2%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi In Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi Intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT	70,00	60,00	6	3
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 04/08/2021

Il Direttore ff-Distretto
Dott.ssa Maria Letizia EleuteriResp. ad interim
Dott.ssa Maria Letizia
Eleuteri



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_01_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		20,00	3	3
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	%di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		30,00	≥ 50%	≥ 25%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT	20,00	20,00	2,20%	2%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT		30,00	6	3
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria		25,00	6	6
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per percorso terapeutico diagnostico assistito in telemedicina / N. pazienti arruolati nei percorsi terapeutico diagnostico	UOC Direzione Distretto		25,00	100%	98%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	25,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	25,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg

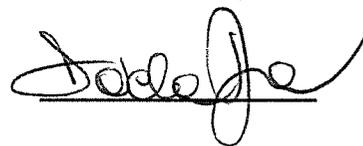
Handwritten signature

Handwritten signature

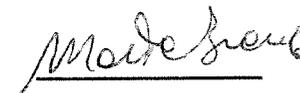
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS		50,00	50%	49%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	20,00	50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 29/07/2021

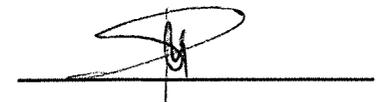
IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE F. F.
 Dott. Filippo Muscolo





Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_01_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	20,00	50,00	3	3
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	%di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	50,00	≥ 50%	≥ 25%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	25,00	25,00	6	6
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per percorso terapeutico diagnostico assistito in telemedicina / N. pazienti arruolati nei percorsi terapeutico diagnostico	UOC Direzione Distretto	25,00	25,00	100%	98%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	25,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	25,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS		50,00	50%	49%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	20,00	50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 04/08/2021

IL DIRETTORE F.F.
Dott. Filippo Muscolo

IL RESPONSABILE
Dott. Filippo Muscolo

UO



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
 DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE ED INT. SOCIOSANI
 U.O.C. Distretto Municipio X
 U.O.S. Fragilità e Cure Palliative
 Responsabile
 Dott.ssa Giuseppina Poliandri

06/08/2021, 1

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Nota		
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA											
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT		60,00	7,20%	2%	
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti ragguagliamenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT		40,00	6	3	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		5,00	100,00	100%	95%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da Indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico		30,00	100,00	100%	90%

Roma 5/8/2021

Il Direttore f.f.
 U.O.C. Distretto X Municipio
 Dott. Filippo Muscolo

Il Responsabile
 U.O.S. Fragilità e Cure Palliative
 Dott.ssa Giuseppina Poliandri



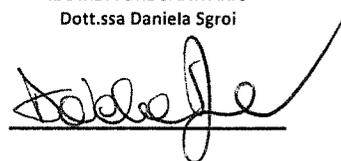
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_02_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	20,00	3	3
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	30,00	≥ 50%	≥ 25%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT	20,00	2,20%	2%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello 1 (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello 1 (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello 1 (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT	30,00	6	3
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	25,00	6	6
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per PDTA in telemedicina / N. pazienti per PDTA aruolata	UOC Direzione di Distretto	25,00	100%	98%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg



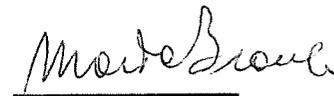

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS		50,00	50%	49%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00	50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE F. F.
 Dott.ssa Milena Cuccu





Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA											
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_02_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	20,00		3	3	
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		50,00	≥ 50%	≥ 25%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	35,00		6	6	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per PDTA in telemedicina / N. pazienti per PDTA aruolata	UOC Direzione di Distretto		25,00	100%	98%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		25,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		25,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg	



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS			50,00	50%	49%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00		50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%

Roma 30/07/2021

100,00
IL RESPONSABILE F. F.
Dott.ssa Milena Cuccu

Il Responsabile UOS Assistenza Primaria e
Case della Salute



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA											
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT	60,00		2,20%	2%	
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT	20,00		6	3	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria	35,00	100,00	6	6	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00	100,00	0	27	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%	

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_01_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		20,00	3	3
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		30,00	≥ 50%	≥ 25%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT	30,00	20,00	2,20%	2%
A5	Potenziamento dell'assistenza domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT		30,00	6	3
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report mensile	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza delle proposte di azioni di contenimento	Report mensile al CdG e alla Direzione Sanitaria		25,00	6	6
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per percorso terapeutico diagnostico assistito in telemedicina / N. pazienti arruolati nel percorso terapeutico diagnostico	UOC Direzione Distretto	25,00	25,00	100%	98%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		25,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		25,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg

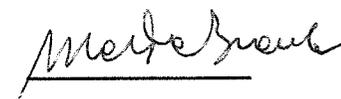
Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS		50,00		50%	49%	
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00	50,00		0	27	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Roma 29/07/2021

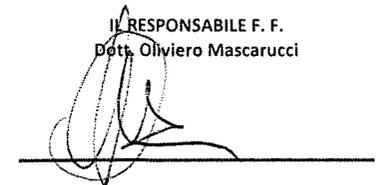
IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE F. F.
 Dott. Oliviero Mascarucci



UOS Assistenza Primaria e CdS

Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
l' Incidenza e/o er neoplasie	A3_01	Promozione degli screening del tumore della mammella, cervice uterina e colon retto	A3_01_01	Organizzare n. 3 incontri con MMG per promuovere gli screening sulla popolazione target con analisi delle adesioni rispetto agli inviti su report della UOSD Screening	Report UOSD Screening Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	30,00	70,00	3	3	
l' Incidenza e/o er neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	30,00	30,00	≥ 50%	≥ 25%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
nto della qualità	B13_07	Gestione PDTA in telemedicina	B13_07_01	N. pazienti per percorso terapeutico diagnostico assistito in telemedicina / N. pazienti arruolati nel percorso terapeutico diagnostico	UOC Direzione Distretto	30,00	30,00	100%	98%	
nto della qualità	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	30,00	35,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg	
nto della qualità	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	30,00	35,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg	

zienda Usi Roma 3 - usid.rm
 rot. 0052197 del 06/08/2021 - Uscita
 impronta informatica: ec03bc3fd3346ecc3217655639e2aafeb38a1efdd7cc8501af92d1fb2d2113c
 Istema Protocollo - Riproduzione cartacea di documento digitale



UOS Assistenza Primaria e CdS

Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
Attuazione della	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali (incremento del 50% rispetto al 2020)	Sistema TS	10,00	100,00	50%	49%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
Le attività post	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%	

04/08/2021

AZIENDA ASL ROMA 3
 U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO
 Il Direttore f.f.
 Dott. Oliviero Mascarucci

#RIFI
 Il Responsabile UOS Ass. Prim.
 Dott. Oliviero Mascarucci
AZIENDA ASL ROMA 3
 U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO
 Il Direttore f.f.
 Dott. Oliviero Mascarucci

Azienda UsI Roma 3 - usId_fm
 :ot. 0052197 del 06/08/2021 - Uscita
 pronta informatica: ec03bc3f2d3336ec3217655639e2aaf6381af6dd7cc8501af92d1fb2d2113c
 istema Protocollo - Riproduzione cartacea di documento digitale

UOS Fragilità e Cure Palliative

Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
Intensità domiciliare	A5_01	Aumento della copertura ADI per assistiti di età maggiore o uguale a 65 anni	A5_01_01	% di persone residenti nella ASL di età maggiore o uguale a 65 anni seguite in ADI	Referente SIAT		40,00	2,20%	2%
Intensità domiciliare	A5_02	Copertura(Presi in Carico) In assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	A5_02_01	Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto Livello I (CIA 2): >2,18 = 2 punto Livello I (CIA 3): >0,40 = 3 punto (Coefficiente di intensità assistenziale) A punteggi intermedi saranno riconosciuti raggiungimenti dell'obiettivo in proporzione	Referente SIAT	70,00	60,00	6	3
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
Attività post	F2_01	Planificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

04/08/2021

Il Direttore ff Distretto
Dott. Oliviero Mascarucci
AZIENDA ASL ROMA 3
U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO
Il Direttore f.f.
Dott. Oliviero Mascarucci

Il Resp.le Cure Palliative
Dott. Oliviero Mascarucci
AZIENDA ASL ROMA 3
U.O.C. DISTRETTO XII MUNICIPIO
Il Direttore f.f.
Dott. Oliviero Mascarucci

Azienda Usi Roma 3 - usid_rm
 Prot. 0052197 del 06/08/2021 - Uscita
 Informatica: ec03bc3f62d33f6ec3217655639e2aafeb38afe92d1fb2d2113c
 Sistema Protocollo - Riproduzione cartacea di documento digitale



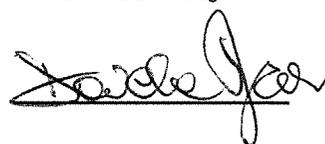
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Formazione vs operatori per effettuare le prenotazioni degli screening del tumore della mammella e del colon retto dal 1° gennaio 2022	A3_01_01	N° operatori da formare/N° operatori formati	UOC Cure Primarie e Tutela Salute della Coppia sul numero di operatori da formare in accordo con la Direzione Sanitaria		40,00	100%	99%
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Aumento degli screening del tumore della cervice uterina	A3_02_01	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto	20,00	30,00	≥ 50%	≥ 25%
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		30,00	≥ 50%	≥ 25%
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa		40,00	3	3
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	25,00	30,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 10 gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		30,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg

MS
AP

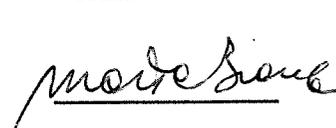
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	20,00	100,00	50%	49%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 26/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Adriana Bruno





Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA												
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Formazione vs operatori per effettuare le prenotazioni degli screening del tumore della mammella e del colon retto dal 1° gennaio 2022	A3_01_01	N° operatori da formare/N° operatori formati	UOC Cure Primarie e Tutela Salute della Coppia sul numero di operatori da formare in accordo con la Direzione Sanitaria	20,00	40,00		100%	99%	
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Aumento degli screening del tumore della cervice uterina	A3_02_01	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		30,00		≥ 50%	≥ 25%	
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione UOC Direzione Distretto		30,00		≥ 50%	≥ 25%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA												
B9	Prestazioni Telematiche Consultoriali	B09_01	Utilizzazione degli strumenti telematici per l'integrazione delle	B09_01_01	SI/NO	Report attività consultoriale	25,00	40,00		100%	99%	
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa		30,00		3	3	
B10	Preso in carico del neonato alla dimissione ospedaliera	B10_02	Visita del neonato entro 7-10 gg dalla dimissione	B10_02_01	SI/NO	Report attività consultoriale		30,00		100%	40%	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	20,00	100,00	50%	49%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

100,00

Roma

IL RESPONSABILE
Dott.ssa Adriana Bruno

IL DIRETTORE
Dott.ssa Adriana Bruno

Adriana Bruno

Adriana Bruno



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa		40,00	3	3
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_01	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale	45,00	30,00	100% ≤ 10 gg	90% ≤ 10 gg
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_08	Gestione dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	B13_08_02	% di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Report Regionale		30,00	100% ≤ 120 gg	90% ≤ 150 gg



SISTEMA SANITARIO PUBBLICO

ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA
UOS Assistenza specialistica, CUP, Liste di attesa
Responsabile
Dott.ssa Anna Passacantando

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note			
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02	Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01	N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	20,00	50,00		50%	49%	
D6	Passaggio alla nuova piattaforma Recup	D6_08	Migrazione Agende	D6_08_01	% agende migrate come da indicazioni regionali	LazioCrea/Gpi	45,00	50,00		100%	100%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Roma
29/07/2021

IL RESPONSABILE
Dott.ssa Anna Passacantando

IL DIRETTORE
Dott.ssa Adriana Bruno

Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B9	Incremento della complessità assistenziale	B09_02	Implementazione delle azioni consultoriali di sistema per il governo del disagio giovanile	B09_02_01	Partecipazione al gruppo di lavoro integrato tra Regione Lazio, Consultori, TSMREE, DSM delle diverse Asl, Ospedali, Associazioni per strutturare azioni di sistema per la salute mentale dell'età evolutiva. SI/NO		30,00		100%	90%	
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	65	30,00		3	3	
B13	Prestazioni telematiche consultoriali	B13_03	Utilizzazione degli strumenti telematici da parte dell'equipe per l'integrazione delle prestazioni in presenza	B13_03_05	SI/NO		40,00		100%	99%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Planificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	30,00	100,00		100%	90%	

Roma 29/07/2021

IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Anna Maria Adriatico

IL DIRETTORE
 Dott.ssa Adriana Bruno

Anna Maria Adriatico

Adriana Bruno



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A1	Potenziamento dell'assistenza ambulatoriale	A1_01 Aumento del rilascio delle certificazioni ambulatoriali	A1_01_01 Incremento del rilascio delle certificazioni ambulatoriali (patente A e B, patente Nautica etc) rispetto al secondo semestre del 2019	RecupWeb	40,00	20,00	10%	5%	
A7	Rispetto dei tempi di liquidazione dei documenti contabili	A7_01 Pagamento Legge 210/92	A7_01_01 Liquidare Legge 210/92 con puntuale attribuzione del rimborso al centri di costo del Distretto di residenza dell'utente	AREAS		40,00	100%	99%	
A8	Ottimizzazione gestione contenziosi	A8_01 Tempestiva risposta al Comitato Valutazione Sinistri per le richieste di pareri tecnici a seguito contenziosi	A8_01_01 Risposte al Comitato Valutazione Sinistri entro 15 gg. dalla richiesta	UOC Medicina Legale		40,00	100%	99%	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02 Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01 N. ricette dematerializzate / N. ricette totali	Sistema TS	25,00	50,00	50%	49%	
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03 Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_03 Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		50,00	0	27	

ms

K

K

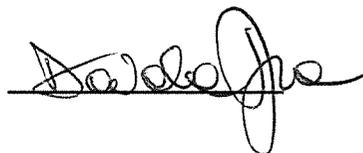
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

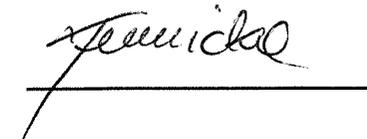
Roma 26/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi

IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Katarzyna Sowicka





Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_06 Riorganizzazione del servizio Disabili Adulti	B13_06_01 Progetto di sviluppo e riorganizzazione del servizio disabili adulti	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	25,00	100,00		entro il 30/11	entro il 31/12
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D3	Sviluppo ed attuazione della Sanità Digitale	D3_02 Implementazione delle ricette dematerializzate	D3_02_01 N. ricette dematerializzate / N. ricette totali, incremento del 50% rispetto al 2020	Sistema TS		40,00		50%	49%
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_01 Gestione degli ordini dei beni e dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini (NSO) secondo la tempistica prevista dalla normativa	D15_01_01 Adempimento SI-NO	AREAS		10,00		100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03 Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01 Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	40,00	50,00		100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%





Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%	

DATA

29.07.21

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Daniela Sgroi

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa DSM	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	25,00	3	3	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_02	Monitoraggio attività di Telemedicina del DSM con report trimestrale	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	15,00	2	2	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_04	Implementazione e/o revisione dei PDTA	B13_04_03	Avvio PDTA - Autismo e Progetti di Riqualificazione del Servizio con monitoraggio attività	Report trimestrale alla Direzione aziendale e al CdG	15,00	2	2	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attuazione percorso Integrazione	B13_05_01	N° casi presi in carico/ N° casi richiesti	Report trimestrale del Direttore DSM alla Direzione aziendale e al CdG	15,00	100%	90%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_06	Attivazione HUB	B13_06_01	Attivazione 2 Hub per Autismo, 1 Casa della Salute Ostia e 1 TSRMEE Via Colautti entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	15,00	Apertura HUB 30/11/2021	Apertura HUB 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Procedura su accoglienza Adolescenza approvata e deliberata entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	15,00	30/11/2021	31/12/2021	

MS

 CM

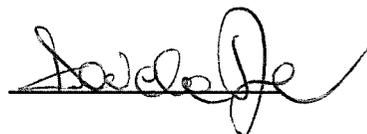
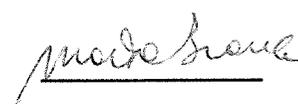
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC				
							50,00	100%	99%	
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdl) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di massimo 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00			
							50,00	0	27	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 28/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi

100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
 Dott. Andrea Balbi


OBIETTIVI SPECIFICI UOC X MUNICIPIO E FIUMICINO

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Percorsi di cura integrali TSMREE - SERD - CSM - UOSO PIP (età 17-22 anni)	B13_05_01	N cartelle aperte/N richieste appropriate	Relazione annuale alla Direzione DSM		100%	90%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Procedure di integrazione SPDC - CSM	B13_05_01	Realizzazione procedure	Relazione annuale alla Direzione DSM		Realizzazione procedure 31/12/2021	Realizzazione procedure 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Inserimenti lavorativi per pazienti affetti da Disturbi Mentali	B13_05_01	Inserimenti lavorativi andati a buon fine	Relazione annuale alla Direzione DSM		SI/NO	SI/NO	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Integrazione con MMG	B13_05_01	Invio modulo di collegamento clinico e proposta spazio consulto/teleconsulto	Report annuale alla Direzione DSM		SI/NO	SI/NO	
				100,00						

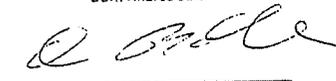
Checks:
Coerenza cod.
obiet./Ind.
Totale peso indicatori

Roma 30/07/2021

IL DIRETTORE DSM
Dott. Andrea Balbi



IL RESPONSABILE UOC
Dott. Andrea Balbi



Check Totale peso area

ATTENZIONE!!! Totale peso area diverso da 100



OBIETTIVI UOS CSM FIDUCIARIO: GOVERNO PERCORSI CLINICI¹

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01 Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate		50,00		Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01		50,00		Si		

Roma 30/07/2021

 Responsabile UOS

Responsabile UOC


IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi


DANIela REGINA DE GREGORI





OBIETTIVI UOS CSM **DISTRETTO X**

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01	Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01	Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate	Relazione entro il 31/12 alla direzione UOC e DSM	50,00	Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01	Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01		Relazione entro il 31/12 alla direzione UOC e DSM	50,00	Si		

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

[Signature]

DOTTORESSA LUCCHI

[Signature]

[Signature]

Dott. Andrea Balbi

[Signature]

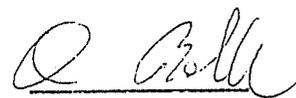
Dott. Andrea Balbi

OBIETTIVI SPECIFICI UOC XI E XII MUNICIPIO

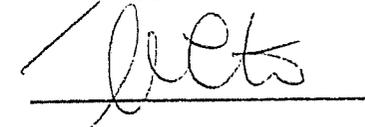
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Percorsi di cura integrati TSMREE - SERD - CSM - UOSD PIP (età 17-22 anni)	B13_05_01	N cartelle aperte/N richieste appropriate	Relazione annuale alla Direzione DSM	25,00	100%	90%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Procedure di integrazione SPDC - CSM	B13_05_01	Realizzazione procedure	Relazione annuale alla Direzione DSM	25,00	Realizzazione procedure 31/12/2021	Realizzazione procedure 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Inserimenti lavorativi per pazienti affetti da Disturbi Mentali	B13_05_01	Inserimenti lavorativi andati a buon fine	Relazione annuale alla Direzione DSM	25,00	SI/NO	SI/NO	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Integrazione cure per migranti	B13_05_01	Realizzazione progetto PSIC - HUB per migranti	Report annuale alla Direzione DSM	25,00	Realizzazione progetto 30/11/2021	Realizzazione progetto 30/12/2021	

Roma 30/07/2021

IL DIRETTORE DSM
Dott. Andrea Balbi



IL RESPONSABILE UOC
Dott.ssa Simona De Simone





OBIETTIVI UOS CSM XI *MUNICIPIO*

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01 Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate		50,00		Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01	Relazione entro il 31/12 alla direzione UOC e DSM	50,00		Si		

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

DOTTOR VILCCI

Q. Balbi



OBIETTIVI UOS CSM XII GOVERNO PERCORSI CLINICI

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01 Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate		50,00		Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01		50,00		SI		

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

DOTTOR DE ANGELIS



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021

DSM - UOC TSMREE

Responsabile

Dott. Enrico Nonnis

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attivazione percorso integrazione	B13_05_01	Percorsi di cura integrati fascia d'età 17-22 anni (TSMREE CSM - SERD - UOSD PIP)	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al CdG	100,00	50,00	100% n° cartelle aperte/ richieste 2021	90% n° cartelle aperte/ richieste 2021 al 31/12/2021
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Presentazione proposta procedure percorso interdipartimentale per l DCA entro il 30/11/2021	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al CdG	100,00	50,00	30/11/2021	31/12/2021

Roma 29/07/2021

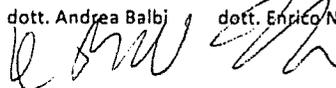
IL DIRETTORE DSM
dott. Andrea BalbiIl Direttore TSMREE
dott. Enrico Nonnis

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attivazione percorso integrazione	B13_05_01	Percorsi di cura integrati fascia d'età 17-22 anni (TSMREE - CSM - SERD - UOSD PIP)	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al Cdg		100% n° cartelle aperte/ richieste 2021	90% n° cartelle aperte/ richieste 2021 al 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Presentazione proposta procedure percorso interdipartimentale per i DCA entro il 30/11/2021	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al Cdg		30/11/2021	31/12/2021	
				100,00						

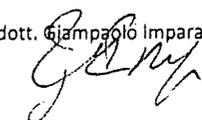
N.B.: Gli obiettivi corrispondono a quelli della UOC TSMREE in quanto la UOS Adolescenza NON ha personale specificamente assegnato.

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE DSM Il Direttore TSMREE
dott. Andrea Balbi dott. Enrico Nonnis



Il Responsabile UOS Adolescenza
dott. Giampaolo Imperato





OBIETTIVI SPECIFICI UOC SPDC (SAN CAMILLO E G.B. GRASSI)

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Procedure di integrazione SPDC-CSM	B13_05_01	Realizzazione e procedure	Relazione annuale alla direzione del DSM			
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Monitoraggio delle contenzioni per numero e per diagnosi	B13_03_02	Realizzazione e obiettivo dal 1/09 al 25/12 trimestrale	Realizzazione conteggi delle contenzioni e delle diagnosi delle contenzioni			
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_04		B13_04_03	Audit finalizzato alla valutazione tra tutti gli operatori entro il 30/12	Audit			
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05		B13_05_01	Corso di formazione sulla descaletion sugli atti aggressivi	Realizzazione corso unitario tra i due SPDC con tutto il personale entro il 30/12			
							100,00		
							50,00		Realizzazione e procedure entro il 31/12/2021
							50,00		Realizzazione e procedure entro il 31/12/2021
							0,00		Invio report dal 1/09/2021 fino al 25/12/2021 al direttore del DSM E Dr. Corea entro il 31/12/2021
							0,00		Invio report dal 1/09/2021 fino al 25/12/2021 al direttore del DSM E Dr. Corea entro il 31/12/2021
							0,00		Realizzazione audit entro il 30/12
							0,00		Realizzazione audit entro il 30/12
							0,00		Realizzazione corso
							0,00		Realizzazione corso

Roma 30/07/2021

100,00
Responsabile UOC SPDC
Dr. Piero Petrin

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi



OBIETTIVI UOS SPDC

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_04	B13_04_03	Audit finalizzato alla valutazione tra tutti gli operatori entro il 30/12	Audit	100,00	Realizzazione audit entro il 30/12	Realizzazione audit entro il 30/12	

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi



Obiettivo Strategico DSM ASL OMA 3 diretti alla UOC SALUTE E DIPENDENZE	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA - OBIETTIVI DIRETTI ALLA UOC SALUTE E DIPENDENZE										
3	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attuazione percorso Integrazione (TSMREE/SERD/CSM UOSD PIP)	B13_05_01	N. casi presi in carico / N. casi richiesti	Report trimestrale del Direttore DSM alla Direzione aziendale e al CdG	100	50,00 35,00	100%	90%
3	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Procedura su affidamento dei farmaci stupefacenti nei SerD approvata e deliberata entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione DSM	55,00	50,00 35,00	30/11/2021	31/12/2021

30/07/2021

ASL ROMA 3
Dipartimento Salute Mentale
Direttore F.M. UOC SERD
Dr. Gianluca Manacelli
Dirigente Medico - Psichiatra
1041001004005171

Gianluca
Manacelli

A Balbi



OBIETTIVI UOS SERT

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_04_01	Revisione dei piani terapeutici metadonici: procedure e monitoraggio quali/quantitativo affido	Relazione alla Direzione DSM	100,00	Realizzazione entro il 31/12	Realizzazione entro il 31/12	

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

DOTT. RIZSARDA

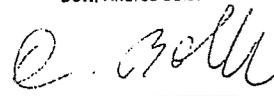
(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

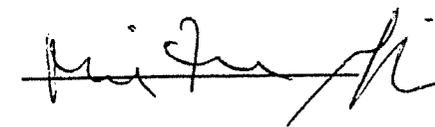
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Procedure d'inserimento e dimissione SRP a gestione diretta DSM	B13_05_01	SI/No	Presentazione procedure entro il 30/11/21		50,00	2	2
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Presentazione proposta procedure percorso interdipartimentale per i DCA entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione aziendale e invio al Cdg	100,00	50,00	2	2

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE DSM
 Dott. Andrea Balbi



IL RESPONSABILE UOSD
 Dott.ssa Maria Franca Chiossi





Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
313	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attuazione percorso Integrazione tra TSMREE, SERD, CSM e UOSD PIP (capofila delle raccolta dati)	B13_05_01	N. casi con cartelle CSM aperte / N. richieste appropriate provenienti dal TSMREE	Report a fine settembre/report a dicembre 2021 al Dir DSM	100,00	50,00	100%	90%
313	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa per DCA	B13_07_01	Procedura per percorso intradipartimentale per i DCA TSMREE, UOSD Residenza, UOSD PIP	Relazione alla Direzione DSM, al Controllo di gestione, alla UOC Qualità entro il 30/11/2021	50,00	1	1	

IL DIRETTORE DSM

Dott. Andrea Balbi

IL RESPONSABILE UOSD

Dott. Renato Marla
Menichincheri

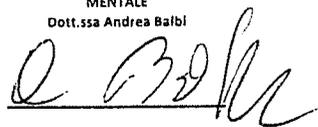
Roma 28/07/2021

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa DSM	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	15,00	100,00	3	3
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC		50,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di massimo 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	40,00	50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	30,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	15,00	100,00	100%	90%

100,00

Roma 03/08/2021

IL DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO DI SALUTE
MENTALE
Dott.ssa Andrea Balbi



IL DIRETTORE UOC/AMM.VA DELLA
PREVENZIONE DELLA SALUTE MENTALE
Dott. Guido Ionta





Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa DSM	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	55,00	25,00	3	3
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Implementazione e sviluppo della telemedicina	B13_03_02	Monitoraggio attività di Telemedicina del DSM con report trimestrale	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	55,00	15,00	2	2
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_04	Implementazione e/o revisione dei PDTA	B13_04_03	Avvio PDTA - Autismo e Progetti di Riqualificazione del Servizio con monitoraggio attività	Report trimestrale alla Direzione aziendale e al CdG	55,00	15,00	2	2
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attuazione percorso Integrazione	B13_05_01	N° casi presi in carico/ N° casi richiesti	Report trimestrale del Direttore DSM alla Direzione aziendale e al CdG	55,00	15,00	100%	90%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_06	Attivazione HUB	B13_06_01	Attivazione 2 Hub per Autismo, 1 Casa della Salute Ostia e 1 TSRMEE Via Colautti entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	55,00	15,00	Apertura HUB 30/11/2021	Apertura HUB 31/12/2021
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Procedura su accoglienza Adolescenza approvata e deliberata entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione aziendale e al CdG	55,00	15,00	30/11/2021	31/12/2021

MS

 CM

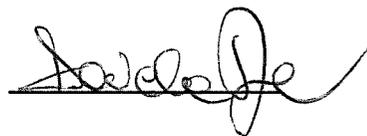
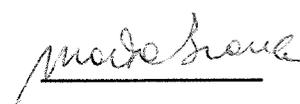
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT									
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02 Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC				
						50,00	100%	99%	
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03 Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdl) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di massimo 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00			
						50,00	0	27	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 28/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi

100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
 Dott. Andrea Balbi


OBIETTIVI SPECIFICI UOC X MUNICIPIO E FIUMICINO

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Percorsi di cura integrali TSMREE - SERD - CSM - UOSO PIP (età 17-22 anni)	B13_05_01	N cartelle aperte/N richieste appropriate	Relazione annuale alla Direzione DSM		100%	90%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Procedure di integrazione SPDC - CSM	B13_05_01	Realizzazione procedure	Relazione annuale alla Direzione DSM		Realizzazione procedure 31/12/2021	Realizzazione procedure 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Inserimenti lavorativi per pazienti affetti da Disturbi Mentali	B13_05_01	Inserimenti lavorativi andati a buon fine	Relazione annuale alla Direzione DSM		SI/NO	SI/NO	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Integrazione con MMG	B13_05_01	Invio modulo di collegamento clinico e proposta spazio consulto/teleconsulto	Report annuale alla Direzione DSM		SI/NO	SI/NO	
					100,00					

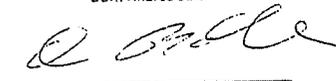
Checks:
Coerenza cod.
obiet./Ind.
Totale peso indicatori

Roma 30/07/2021

IL DIRETTORE DSM
Dott. Andrea Balbi



IL RESPONSABILE UOC
Dott. Andrea Balbi



Check Totale peso area

ATTENZIONE!!! Totale peso area diverso da 100



OBIETTIVI UOS CSM FIDUCIARIO: GOVERNO PERCORSI CLINICI¹

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01 Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate		50,00		Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01		50,00		Si		

Roma 30/07/2021

 Responsabile UOS

Responsabile UOC


IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi


DOTTORESSA DE GREGORI




OBIETTIVI UOS CSM **DISTRETTO X**

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01	Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01	Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate	Relazione entro il 31/12 alla direzione UOC e DSM	50,00	Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01	Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01		Relazione entro il 31/12 alla direzione UOC e DSM	50,00	Si		

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

[Signature]

DOTTORESSA LUCCHI

[Signature]

[Signature]

Dott. Andrea Balbi

[Signature]

Dott. Andrea Balbi



ASL
ROMA 3



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
Responsabile
Dott. Andrea Balbi

OBIETTIVI SPECIFICI UOC XI E XII MUNICIPIO

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Percorsi di cura integrati TSMREE - SERD - CSM - UOSD PIP (età 17-22 anni)	B13_05_01	N cartelle aperte/N richieste appropriate	Relazione annuale alla Direzione DSM	100,00	25,00	100%	90%
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Procedure di integrazione SPDC - CSM	B13_05_01	Realizzazione procedure	Relazione annuale alla Direzione DSM		25,00	Realizzazione procedure 31/12/2021	Realizzazione procedure 31/12/2021
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Inserimenti lavorativi per pazienti affetti da Disturbi Mentali	B13_05_01	Inserimenti lavorativi andati a buon fine	Relazione annuale alla Direzione DSM		25,00	SI/NO	SI/NO
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Integrazione cure per migranti	B13_05_01	Realizzazione progetto PSIC - HUB per migranti	Report annuale alla Direzione DSM		25,00	Realizzazione progetto 30/11/2021	Realizzazione progetto 30/12/2021

Roma 30/07/2021

IL DIRETTORE DSM
Dott. Andrea Balbi

IL RESPONSABILE UOC
Dott.ssa Simona De Simone



OBIETTIVI UOS CSM XII GOVERNO PERCORSI CLINICI

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio somministrazioni farmaci long-acting	B13_07_01 Somministrazioni previste rispetto a somministrazioni non effettuate		50,00		Valore atteso inferiore al 5% non effettuate rispetto alle previste	Valore minimo accettabile 10%	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07_01 Monitoraggio interventi domiciliari	B13_07_01		50,00		SI		

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

DOTTOR DE ANGELIS



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3REGIONE
LAZIO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021

DSM - UOC TSMREE

Responsabile

Dott. Enrico Nonnis

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attivazione percorso integrazione	B13_05_01	Percorsi di cura integrati fascia d'età 17-22 anni (TSMREE CSM - SERD - UOSD PIP)	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al CdG	100%	100% n° cartelle aperte/ richieste 2021	90% n° cartelle aperte/ richieste 2021 al 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Presentazione proposta procedure percorso interdipartimentale per I DCA entro il 30/11/2021	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al CdG	50,00	30/11/2021	31/12/2021	
				100,00						

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE DSM
dott. Andrea BalbiIl Direttore TSMREE
dott. Enrico Nonnis

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attivazione percorso integrazione	B13_05_01	Percorsi di cura integrati fascia d'età 17-22 anni (TSMREE - CSM - SERD - UOSD PIP)	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al Cdg		100% n° cartelle aperte/ richieste 2021	90% n° cartelle aperte/ richieste 2021 al 31/12/2021	
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Presentazione proposta procedure percorso interdipartimentale per i DCA entro il 30/11/2021	Relazione al Direttore DSM e Relazione alla Direzione Aziendale e invio al Cdg		30/11/2021	31/12/2021	
				100,00						

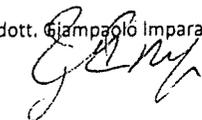
N.B.: Gli obiettivi corrispondono a quelli della UOC TSMREE in quanto la UOS Adolescenza NON ha personale specificamente assegnato.

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE DSM Il Direttore TSMREE
dott. Andrea Balbi dott. Enrico Nonnis




Il Responsabile UOS Adolescenza
dott. Giampaolo Imperato





OBIETTIVI SPECIFICI UOC SPDC (SAN CAMILLO E G.B. GRASSI)

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Procedure di integrazione SPDC-CSM	B13_05_01	Realizzazione e procedure	Relazione annuale alla direzione del DSM		50,00	Realizzazione e procedure entro il 31/12/2021	Realizzazione e procedure entro il 31/12/2021
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_03	Monitoraggio delle contenzioni per numero e per diagnosi	B13_03_02	Realizzazione e obiettivo dal 1/09 al 25/12 trimestrale	Realizzazione conteggi delle contenzioni e delle diagnosi delle contenzioni	100,00	50,00	Invio report dal 1/09/2021 fino al 25/12/2021 al direttore del DSM E Dr. Corea entro il 31/12/2021	Invio report dal 1/09/2021 fino al 25/12/2021 al direttore del DSM E Dr. Corea entro il 31/12/2021
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_04		B13_04_03	Audit finalizzato alla valutazione tra tutti gli operatori entro il 30/12	Audit		0,00	Realizzazione audit entro il 30/12	Realizzazione audit entro il 30/12
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05		B13_05_01	Corso di formazione sulla descaletion sugli atti aggressivi	Realizzazione corso unitario tra i due SPDC con tutto il personale entro il 30/12		0,00	Realizzazione corso	Realizzazione corso

Roma 30/07/2021

100,00
Responsabile UOC SPDC
Dr. Piero Petrin

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi



OBIETTIVI UOS SPDC

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_04	B13_04_03	Audit finalizzato alla valutazione tra tutti gli operatori entro il 30/12	Audit	100,00	Realizzazione audit entro il 30/12	Realizzazione audit entro il 30/12	

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi



Obiettivo Strategico DSM ASL OMA 3 diretti alla UOC SALUTE E DIPENDENZE	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA - OBIETTIVI DIRETTI ALLA UOC SALUTE E DIPENDENZE										
3	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attuazione percorso Integrazione (TSMREE/SERD/CSM UOSD PIP)	B13_05_01	N. casi presi in carico / N. casi richiesti	Report trimestrale del Direttore DSM alla Direzione aziendale e al CdG	100	50,00 35,00	100%	90%
3	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Procedura su affidamento dei farmaci stupefacenti nei SerD approvata e deliberata entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione DSM	55,00	50,00 35,00	30/11/2021	31/12/2021

30/07/2021

ASL ROMA 3
Dipartimento Salute Mentale
Direttore F.M. UOC SERD
Dr. Gianluca Monacelli
Dirigente Medico - Psichiatra
1041001004005171

Gianluca
Monacelli

A Balbi



OBIETTIVI UOS SERT

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_04_01	Revisione dei piani terapeutici metadonici: procedure e monitoraggio quali/quantitativo affido	Relazione alla Direzione DSM		100,00	Realizzazione entro il 31/12	Realizzazione entro il 31/12

Roma 30/07/2021

Responsabile UOS

Responsabile UOC

IL RESPONSABILE
Dott. Andrea Balbi

DOTT. RIZSARDA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Procedure d'inserimento e dimissione SRP a gestione diretta DSM	B13_05_01	SI/No	Presentazione procedure entro il 30/11/21		50,00	2	2
B13	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa	B13_07_01	Presentazione proposta procedure percorso interdipartimentale per i DCA entro il 30/11/2021	Relazione alla Direzione aziendale e invio al Cdg	100,00	50,00	2	2

Roma 29/07/2021

IL DIRETTORE DSM
Dott. Andrea Balbi

IL RESPONSABILE UOSD
Dott.ssa Maria Franca Chiossi



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
313	Miglioramento della qualità delle cure	B13_05	Attuazione percorso Integrazione tra TSMREE, SERD, CSM e UOSD PIP (capofila delle raccolta dati)	B13_05_01	N. casi con cartelle CSM aperte / N. richieste appropriate provenienti dal TSMREE	Report a fine settembre/report a dicembre 2021 al Dir DSM	100,00	50,00	100%	90%
313	Miglioramento della qualità delle cure	B13_07	Miglioramento della qualità organizzativa per DCA	B13_07_01	Procedura per percorso intradipartimentale per i DCA TSMREE, UOSD Residenzaialità, UOSD PIP	Relazione alla Direzione DSM, al Controllo di gestione, alla UOC Qualità entro il 30/11/2021	50,00	1	1	

IL DIRETTORE DSM

Dott. Andrea Balbi

IL RESPONSABILE UOSD

Dott. Renato Marla
Menichincheri

Roma 28/07/2021

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Aumento degli screening del tumore della mammella	A3_01_01	% di mammografie effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	Dip. Prevenzione Radiologia Grassi SIPSO.2	20,00	25,00	≥ 60%	≥ 35%
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Aumento degli screening del tumore della cervice uterina	A3_02_01	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	Dip. Prevenzione Chirurgia Grassi SIPSO.2 UOC Cure Primarie e tutela salute coppia		25,00	≥ 50%	≥ 25%
A3	Riduzione di incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione Chirurgia Grassi SIPSO.2 Direttori Distretti		25,00	≥ 50%	≥ 25%
A15	Miglioramento della tutela della salute pubblica	A15_05	Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	A15_05_01	N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni	Dip. Prevenzione		25,00	100%	99%



Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento		25,00		3	3	
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_01	Per tutelare la salute pubblica e animale, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti per la sanità animale	B17_01_01	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione	25,00		100%	99%	
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_02	Per tutelare la salute pubblica e animale, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti per la sicurezza alimentare	B17_02_01	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione			100%	99%	
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_02	Sorveglianza sanitaria sugli animali ricoverati	B17_02_02	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione			100%	99%	
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_03	Lotta al randagismo, sterilizzazione dei cani ospitati	B17_03_02	N. cani sterilizzati / N. cani entrati in canile sterilizzabili	Dip. Prevenzione			100%	99%	
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_04	Per tutelare la salute dei lavoratori, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti a cura degli SPRESAL	B17_04_01	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione			100%	90%	

ms

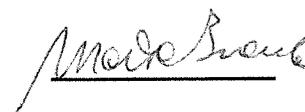
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	Referente NSO		50,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	20,00	50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 28/07/2021

IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Daniela Sgroi



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE
 Dott. Aldo Benevelli



CONTROLLO DI GESTIONE

UOC SISP

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A15	Miglioramento della tutela della salute pubblica	A15_05 Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	A15_05_01 N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni	Dip. Prevenzione	40,00	100,00	100%	99%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01 Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01 Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	10,00	100,00	3	3	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E2	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%	90%	
F2	Gestione delle attività post lock down	F2_02 Rispetto flussi dati epidemiologici relativi al Covid 19	F2_01_02 N. di report su casi e contatti inviati giornalmente/sottinamente su N. di report previsti a livello aziendale, regionale e nazionale	Report giornalieri e settimanali	40,00	100,00	100%	99%	

Roma 09/08/2021

IL DIRETTORE UOC
Dott.ssa Stefania Iannazzo

IL DIRETTORE
Dott. Aldo Benevelli

[Handwritten signature of Stefania Iannazzo]

[Handwritten signature of Aldo Benevelli]



ASL ROMA 3



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2021
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Responsabile
Dott. Aldo Benevelli

CONTROLLO DI GESTIONE

U.O.S. Immunoprofilassi

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A15	Miglioramento della tutela della salute pubblica	A15_05	Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	A15_05_01	N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni	Dip. Prevenzione	80,00	100,00	100%	99%
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al P.C. e alla Direzione Sanitaria	10,00	100,00	3	3
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										

Roma 13/08/2021

IL DIRETTORE UOC
Dott.ssa Daniela Reggiani

IL DIRETTORE
Dott. Stefania Iannazzo

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO
Dott. Aldo Benevelli

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Controllo di Gestione



Controllo di gestione

UOC SAIAPZ

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01 Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01 Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento		80,00		10,00	3	3
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_01 Per tutelare la salute pubblica e animale, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti per la sanità animale	B17_01_01 N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione			90,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01 Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione		10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01 N. richieste evase / N. richieste ricevute da Indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico		10,00	100,00	100%	90%

Roma 09/08/2021

IL DIRETTORE UOC SAIAPZ
Dott. Alberto Valentini#####
Il Direttore Dipartimento
Dott. Aldo Benevelli

ASL ROMA 3
UOC Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti
e Produzioni Zootecniche
Il Direttore
Dr. Alberto Valentini



Controllo di gestione

UOS ANAGRAFE ZOOTECNICA

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria				
					10,00		3	3	
				80,00					
Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_01	Per tutelare la salute pubblica e animale, e assicurare la tracciabilità della produzione zootecnica, si rende necessaria la registrazione di tutti gli animali di interesse zootecnico e delle loro movimentazioni.	B17_01_01	N. richieste di registrazioni evase / N. richieste pervenute	Dip. Prevenzione				
					90,00		100%	99%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00		
							100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST-EMERGENZA COVID-19									
Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00		
							100%	90%	

Roma 09/08/2021

IL DIRETTORE UOC SAIAPZ
Dott. Alberto Valentini

Il Direttore Dipartimento
Dott. Aldo Benevelli

CONTROLLO DI GESTIONE

UOC SIAOA

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	80,00	10,00	3	3
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_02	Per tutelare la salute pubblica e animale, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti per la sicurezza alimentare	B17_02_01	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione	90,00	90,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%	90%

Roma 09/08/2021

IL DIRETTORE SIAOA
 Dott. Aldo Benevelli



 IL DIRETTORE
 Dott. Aldo Benevelli



CONTROLLO DI GESTIONE

UOC SPRESAL

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	80,00	10,00	3	3
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_04	Per tutelare la salute dei lavoratori, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti a cura degli SPRESAL	B17_04_01	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione	90,00	100%	90%	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%	90%

Roma 09/08/2021

IL DIRETTORE UOC
 Dott.ssa Orietta Angelosanto

Orietta Angelosanto

 IL DIRETTORE
 Dott. Aldo Benevelli

Aldo Benevelli



CONTROLLO DI GESTIONE

UOSD CANILE SANITARIO

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	80,00	10,00	3	3
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_02	Sorveglianza sanitaria sugli animali ricoverati	B17_02_02	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione	40,00	40,00	100%	99%
B17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_03	Lotta al randagismo, sterilizzazione dei cani ospitati	B17_03_02	N. cani sterilizzati / N. cani entrati in canile sterilizzabili	Dip. Prevenzione	40,00	40,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%	90%

Roma 28/07/2021

03/08/2021

IL RESPONSABILE F.F.
Dott. Giuseppe Carlola

IL DIRETTORE
Dott. Aldo Benevelli

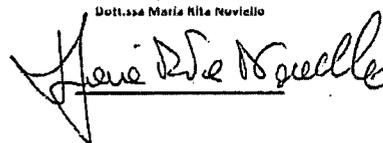
CONTROLLO DI GESTIONE

UOSD COORDINAMENTO SCREENING

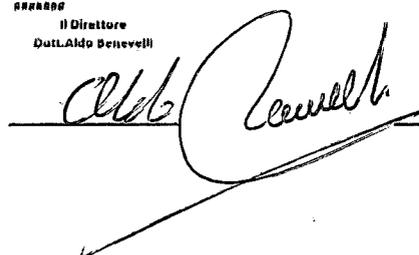
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Regolato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A3	Riduzione di Incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_01	Aumento degli screening del tumore della mammella	A3_01_01	% di mammografie effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	Dip. Prevenzione (radiologia G.assi) SIPSU.2	30,00	≥ 60%	≥ 35%
A3	Riduzione di Incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_02	Aumento degli screening del tumore della cervicouterina	A3_02_01	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (Donne 25-64 anni)	Dip. Prevenzione: Chirurgia G.assi SIPSU.2 UOC Cure Primarie e tutela salute coppia	35,00	≥ 50%	≥ 25%
A3	Riduzione di Incidenza e/o mortalità per neoplasie	A3_03	Aumento degli screening del tumore del colon retto	A3_03_01	% di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target (50-74 anni)	Dip. Prevenzione: Chirurgia G.assi SIPSU.2 Direttori Distretti	35,00	≥ 50%	≥ 25%
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA									
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O. con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	10,00	25,00	3
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ									
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19									
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%

Roma 09/08/2021

Il Responsabile f.f.
Dott.ssa Maria Rita Nuvoletto



Il Direttore
Dott. Aldo Benevelli





CONTROLLO DI GESTIONE

UOSD SIAN

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	80,00	10,00	3	3
17	Piano di Prevenzione per il biennio 2020 / 2021	B17_02	Per tutelare la salute pubblica e animale, si rende necessaria l'effettuazione dei controlli richiesti per la sicurezza alimentare	B17_02_01	N. controlli effettuati / N. controlli previsti	Dip. Prevenzione	90,00	90,00	100%	99%
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%	90%

Roma 09/08/2021

IL RESPONSABILE F.F.
Dott.ssa Maria Novella Giorgi

ASL ROMA 3
UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI
E NUTRIZIONE

Il Dirigente Medico
Dr.ssa Donatella Di Marco

#####

IL DIRETTORE
Dott. Aldo Benevelli

CONTROLLO DI GESTIONE

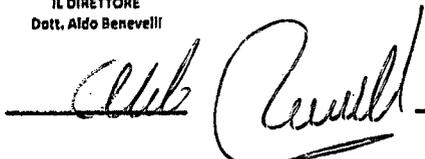
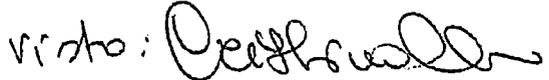
UOC AMMINISTRATIVA

B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa suddiviso per U.O con evidenza delle proposte di azioni di contenimento della spesa in collaborazione con la UOC Amministrativa del Dipartimento	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Sanitaria	10,00	100,000,00	3	3
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di svlvo prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	Referente NSO		50,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	70,00	50,00	0	27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	10,00	100,00	100%	90%

Roma 09/08/2021

IL DIRETTORE UOC
Dott. Guido Ionta

IL DIRETTORE
Dott. Aldo Benevelli


 Visto: 

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI



UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A14	Ottimizzazione della Gestione delle Risorse Umane	A14_08	Adozione del Piano Operativo Lavoro Agile - POLA in collegamento con UOC ICT	A14_08_01	Presentazione documento operativo da adottare con delibera Invio formale alla DG/DA/DS e al CdG	Proposta caricata su iShare Doc	25,00	50,00	entro novembre 2021	entro dicembre 2021
A14	Ottimizzazione della Gestione delle Risorse Umane	A14_09	Ricognizione del personale dipendente assegnato alle diverse UU.OO. Aziendali per CdC	A14_09_01	Report trimestrale entro il 20 del mese successivo al trimestre di riferimento inviato per c.c. al CdG dopo validazione dei rispettivi servizi	UOC Risorse umane	2	50,00	2	2
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa	15,00	100,00	3	3
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D3	Dematerializzazione della documentazione amministrativa	D3_01	Dematerializzazione della modulistica per le assenze a vario titolo	D3_01_01	Messa a regime della procedura sul sistema rilevazione presenze, in via sperimentale entro settembre Casal Bernocchi e a regime in tutte le sedi per fine anno	UOC Risorse umane	25,00	30,00	entro settembre 2021	entro dicembre 2021
D6	Sviluppo dei Sistemi Informativi	D6_07	Aggiornamento DB assunzioni, cessazioni ed eventuale campo note con rimodulazione fabbisogno	D6_07_02	Inserimento dati ogni 15 gg	Report alla Direzione Strategica e al CdG a partire dalla data di sottoscrizione degli obiettivi	30,00	30,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	10,00	10,00	0	27
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_04	Alimentazione dei flussi di competenza del RUCA	D18_03_02	100% dei flussi di competenza RUCA caricati sulla piattaforma Alfresco	Piattaforma Alfresco	30,00	30,00	100%	99%

AMB



E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

100,00

Roma 26/07/2021

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Francesca Merli

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
Dott. Giovanni Farinella

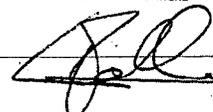
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negotiato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note		
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA											
A14	Ottimizzazione della Gestione delle Risorse Umane	A14_09 Ricognizione del personale dipendente assegnato alle diverse UU.OO. Aziendali per CdC	A14_09_01	Report trimestrale entro il 20 del mese successivo al trimestre di riferimento inviato per c.c. al CdG dopo validazione dei rispettivi servizi	UOC Risorse umane	25,00	100,00		2	2	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA											
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01 Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa	15,00	100,00		3	3	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT											
D3	Dematerializzazione della documentazione amministrativa	D3_01 Dematerializzazione della modulistica per le assenze a vario titolo	D3_01_01	Messa a regime della procedura sul sistema rilevazione presenze, in via sperimentale entro settembre Casal Bernocchi e a regime in tutte le sedi per fine anno	UOC Risorse umane	25,00	30,00		entro settembre 2021	entro dicembre 2021	
D6	Sviluppo dei Sistemi Informativi	D6_07 Aggiornamento DB assunzioni, cessazioni ed eventuale campo note con rimodulazione fabbisogno	D6_07_02	Inserimento dati ogni 15 gg	Report alla Direzione Strategica e al CdG a partire dalla data di sottoscrizione degli obiettivi		30,00		100%		99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03 Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		40,00		0		27
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ											
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01 Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01 Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Data

100,00

IL DIRETTORE UOC
Giovanni Farinella

IL RESPONSABILE
Maurizio Cimma






Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale complessivo con riferimento sia all'attività territoriale che ospedaliera	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa	10,00	100,00	3	3
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA										
C1	Rispetto dei vincoli economici del Bilancio di Previsione concordato con la Regione	C1_01	Rispetto del budget assegnato	C1_01_05	Monitoraggio trimestrale scostamenti rispetto alla proposta di budget assegnato anno 2021 (e, successivamente, in sede di concordamento)	Relazione con report trimestrale inviato con nota al DG, DA, DS e CdG	25,00	100,00	2	2
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D1	Sviluppo della Contabilità Analitica	D1_02	Relazionare sulla quadratura tra Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature	D1_02_03	Verifiche trimestrali per la quadratura CO.Ge.- CO.AN	Report AREAS	25,00	30,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_05	DCA n. 69/2018, n. 402/2018, n. 297/2019 - Adempimenti previsti dai Percorsi Attuativi della Certificabilità Rispetto dello stato di avanzamento dell'implementazione del PAC aziendale	D18_05_01	N. Azioni di sostanza espletate secondo tempistica Regionale / N. Azioni di sostanza Totali	Responsabile PAC aziendale al CdG		20,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_30	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi)	D18_30_02	Trasmissione entro 3 gg. lavorativi delle fatture ricevute (Areas-data protocollo) agli uffici liquidatori competenti (data Registrazione Co.Ge) al fine di garantire la liquidazione di tutte le fatture entro 30 gg.	AREAS Report Contabilità		30,00	≤ 3	≤ 3
D19	Innovazione tecnologica	D19_01	Gestione dei pagamenti tramite piattaforma Pago PA	D19_01_01	Messa a regime delle procedure per collegamento fatturazione attiva, ciascuno per la parte di propria competenza	UOC REF UOC ICT		20,00	entro ottobre 2021	entro novembre 2021



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	10,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 23/07/2021

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Francesca MerliIL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Dott. Davide Buoncristiani



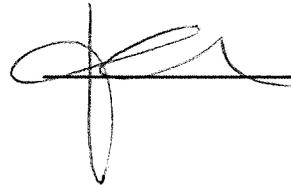
Obiettivo Strategico		Obiettivo Operativo		Indicatore		Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA												
A1	Miglioramento dell'ambiente lavorativo, della comunicazione interna ai Servizi	A1_02	Riscontro tempestivo (10 gg.) alle richieste pervenute dai Centri di Responsabilità	A1_02_01	N. richieste riscontrate nei tempi / N. richieste totali	E-mail richiedente E-mail risposta	20,00	50,00		100%	99%	
A1	Miglioramento dell'ambiente lavorativo, della comunicazione interna ai Servizi	A1_03	Raccolta tempestiva rispetto ai tempi di gara dei capitolati e conseguente segnalazione di eventuali inadempimenti alla Direzione Aziendale	A1_03_01	N° gare espletate senza proroga /N° gare totali (Proroga imputabile a non tempestiva comunicazione del capitolato)	Relazione UOC Approvvigionamenti su gare senza proroga		50,00		100%	99%	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA												
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale complessivo con riferimento sia all'attività territoriale che ospedaliera	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa	15,00	100,00		3	3	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT												
D3	Revisione e innovazione dei regolamenti e delle procedure	D2_06	Redazione della procedura operativa per la contrattazione e l'archiviazione dei contratti	D2_06_01	Delibera di approvazione del regolamento procedurale in collaborazione con UOSD Affari Generali	UOC Approvvigionamenti UOSD Affari Generali UOC Patrimonio e UOC ICT	30,00	30,00		entro ottobre 2021	entro novembre 2021	
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_01	Gestione degli ordini dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini (NSO) secondo la tempistica prevista dalla normativa	D15_01_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC		30,00		100%	99%	
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		40,00		0	27	

ASL
Controllo di Gestione

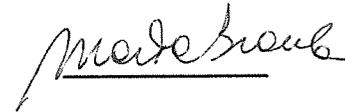
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note			
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ												
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00		100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19												
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00		100%	90%	

Roma 23/07/2021

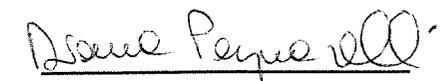
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott.ssa Francesca Merli



100,00
 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE
 Dott.ssa Diana Pasquarelli



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A1	Miglioramento dell'ambiente lavorativo, della comunicazione interna ai Servizi	A1_02	Riscontro tempestivo (10 gg.) alle richieste pervenute dai Centri di Responsabilità	A1_02_01	N. richieste riscontrate nei tempi / N. richieste totali	E-mail richiedente E-mail risposta	5,00	100,00	100%	99%
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Rispetto del budget assegnato attraverso la produzione di un report bimestrale complessivo con riferimento sia all'attività territoriale che ospedaliera	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa	20,00	100,00	3	3
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D1	Sviluppo della Contabilità Analitica	D1_02	Sviluppo della Contabilità Analitica	D1_02_04	Revisione trimestrale (o su segnalazione) della tabella ricognitiva dei m ² e m ³ per CdR	Tabella revisionata trasmessa a DS, DA e CdG	40,00	15,00	2	2
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_03	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_03_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC		15,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		35,00	0	27
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_06	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	D18_06_01	Rispetto dei tempi e adempimenti degli interventi di cui alla DGR 861/2017 e alla DGR 180/2018 interventi al DL 34/2020 (obiettivo n. 4.1.1 della DRG 1040/2020) - DGR 912/2020	UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio		35,00	100%	100%






Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

100,00

Roma 26/07/2021

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Francesca MerliIL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Ing. Enzo Pietropaolo



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
A - AREA DELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA										
A14	Ottimizzazione della Gestione delle Risorse Umane	A14_08	Adozione del Piano Operativo Lavoro Agile - POLA in collegamento con UOC Risorse Umane	A14_08_01	Presentazione bozza documento operativo da adottare in seguito con delibera entro i tempi previsti da normativa. Invio formale alla DG/DA e al CdG	Proposta caricata su iShare Doc	10,00	100,00	entro ottobre 2021	entro novembre 2021
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_01	Gestione degli ordini elettronici dei beni tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_01_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC	55,00	20,00	100%	99%
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC		20,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		30,00	0	27
D19	Innovazione tecnologica	D19_01	Gestione dei pagamenti tramite piattaforma Pago PA	D19_01_01	Adempimento SI-NO Messa a regime delle procedure per collegamento fatturazione attiva, ciascuno per la propria parte di competenza	UOC REF UOC ICT		30,00	entro ottobre 2021	entro novembre 2021



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 23/07/2021

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Francesca Merli100,00
IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Dott. Massimiliano Coltellacci

Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Predisporre scadenziario delle convenzioni attive e passive e comunicare entro due mesi dalla scadenza eventuale proroga	B10_01_01	Tutte le convenzioni monitorate e nota di rinnovo entro giorni dalla scadenza	File excel con indicazione convenzione, data scadenza e data invio nota	30,00	100,00	60	60
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D2	Revisione e innovazione dei regolamenti e delle procedure	D2_06	Redazione della procedura operativa per la contrattazione e l'archiviazione dei contratti	D2_06_01	Delibera di approvazione del regolamento procedurale in collaborazione con UOC Approvvigionamenti	UOC Approvvigionamenti UOSD Affari Generali		30,00	entro ottobre 2021	entro novembre 2021
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	35,00	40,00	0	27
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_03	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_03_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC		30,00	100%	90%





E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ

E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Analisi dei rischi di corruzione secondo le indicazioni del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza e rispetto delle misure anticorruzione specifiche previste nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021 - 2023 e delle misure individuate e proposte nella mappatura/analisi dei rischi	E1_01_01	Relazione entro fine anno del Responsabile Prevenzione e Trasparenza per la valutazione degli adempimenti da parte delle strutture aziendali	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	5,00	100,00	100%	99%	
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19											
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%	

Roma 26/07/2021

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Francesca Merli

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta Branca

IL RESPONSABILE
Dott.ssa Cristina Vio

Visto: *Dave Pomerell*

STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO



UFFICIO LEGALE



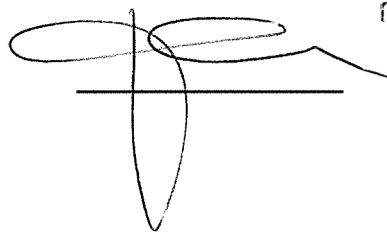
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
B - AREA DEL GOVERNO CLINICO E DELL'APPROPRIATEZZA										
B10	Contenimento dei costi dei beni sanitari nell'attività ospedaliera	B10_01	Monitoraggio e supporto per il rispetto del budget assegnato ai CdR ospedalieri attraverso la produzione di un report bimestrale	B10_01_01	Report di monitoraggio dell'andamento della spesa con evidenza di quanto non in linea e segnalazione alla Direzione Amministrativa	Report bimestrale al CdG e alla Direzione Amministrativa	15,00	100,00	3	3
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D2	Revisione e innovazione dei regolamenti e delle procedure	D2_05	Procedura per il recupero dei costi sostenuti dall'ASL Roma 3 per l'esecuzione di prestazioni rese in regime di preospedalizzazione non seguite da ricovero, codici bianchi, cartelle cliniche	D2_05_01	Invio bozza procedura entro il 31/12/2021	Delibera su Isharedoc		30,00	entro 31/12/2021	entro 31/12/2021
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_01	Gestione degli ordini elettronici dei beni tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_01_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC		15,00	100%	99%
D15	Gestione degli ordini elettronici centralizzati	D15_02	Gestione degli ordini elettronici dei servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini NSO secondo la tempistica di avvio prevista dalla Regione Lazio	D15_02_01	Adempimento SI-NO	AREAS - UOC	50,00	15,00	100%	99%
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità		20,00	0	27
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Monitoraggio dei DEC per quanto riguarda le congruità di competenza	D18_03_04	Verifica della presenza delle certificazioni dei DEC	Report trimestrale a DA e CdG		20,00	100%	99%

Contabile di Gestione

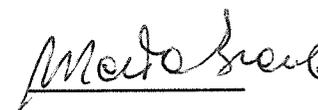
Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Planificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

Roma 26/07/2021

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott.ssa Francesca Merli



IL DIRETTORE GENERALE
 Dott.ssa Marta Branca



IL RESPONSABILE
 Dott. Pierfrancesco Calzetta



STRUTTURE NEGOZIATRICI

FUNZIONI DI STAFF DIREZIONE GENERALE

FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE
DEI FATTORI PRODUTTIVI

UOC AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
OSPEDALIERO UNICO

UFFICIO LEGALE





Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note
A - AREA DELL' EFFICIENZA ORGANIZZATIVA									
A17	Prevenzione del rischio e diritto di tutela	A17_02 Corretta applicazione della legge n. 24 del 08/03/2017 (legge Gelli): "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"	A17_02_01 Tutti gli adempimenti della Legge Gelli evasi nelle tempistiche di legge	Ufficio Legale	20,00	100,00	100%	99%	
C - AREA DELLA PRODUZIONE E DELLA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA									
C4	Miglioramento dello stato patrimoniale	C4_05 Recupero dei crediti vantati dall'azienda	C4_05_01 Relazione del Responsabile della Struttura con specifica indicazione del numero di intimazioni, messe in mora, recuperi giudiziali e quantificazione del credito recuperato	Nota protocollo Ufficio Legale indirizzata alla Direzione Strategica	25,00	50,00	entro 30/11/2021	entro 31/12/2021	
C4	Miglioramento dello stato patrimoniale	C4_06 Ricognizione del contenzioso in essere finalizzato alla stima dell'accantonamento relativo a cause pendenti e conseguente iscrizione in bilancio	C4_06_01 Reportistica entro fine anno di monitoraggio del contenzioso in essere con stima dell'accantonamento indirizzata alla UOC REF	Ufficio Legale		50,00	entro 30/11/2021	entro 31/12/2021	



Obiettivo Strategico	Obiettivo Operativo	Indicatore	Fonte Dati	Peso Area	Peso Indicatore	Valore Storico 2020	2021 Valore Atteso	Negoziato 2021 Valore Minimo Accettabile	Note	
D - AREA DELL'INNOVAZIONE, DEL CONTROLLO, DELLO SVILUPPO E DELL'EMPOWERMENT										
D18	Raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio al Direttore Generale	D18_03	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (Sdi) Soglia max liquidazione 27 gg.	D18_03_01	Rispetto del tempo di liquidazione di 27 gg. per le fatture di competenza della struttura	AREAS Report Contabilità	20,00	50,00	0	27
D18	Adempimenti previsti nei percorsi della certificabilità	D18_05	Definire ed approvare, previa deliberazione una procedura di gestione del contenzioso fornitori e delle azioni esecutive da parte degli stessi tale da consentire il monitoraggio dello status del debito	D18_05_01	Definire una procedura in aderenza alle azioni di sostanza dei PAC	Ufficio Legale	50,00	entro 30/11/2021	entro 31/12/2021	
E - AREA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ										
E1	Rispetto della normativa in materia di Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	E1_01	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023	E1_01_01	Nessuna segnalazione di non adempimento da parte del Responsabile Trasparenza e Prevenzione della corruzione	Relazione del Resp. della Prevenzione della Corruzione	5,00	100,00	100%	99%
F - GESTIONE EMERGENZA E POST EMERGENZA COVID-19										
F2	Gestione delle attività post lockdown	F2_01	Pianificazione delle azioni efficaci per la ripartenza come da indicazioni aziendali/regionali/nazionali	F2_01_01	N. richieste evase / N. richieste ricevute da indicazioni regionali/aziendali/nazionali	Direzione Sanitaria e Rischio Clinico	30,00	100,00	100%	90%

DATA

3/8/2021

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Marta BrancaIL RESPONSABILE
Dott. Fabio Ferrara