

Deliberazione Direttore Generale n. 804 del 21/07/2023

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

STRUTTURA PROPONENTE: UOS Controllo di Gestione

OGGETTO: Presa d'atto della DGR n. 197 del 22.05.2023 e Integrazione alla Delibera n. 430 del 18/04/2023 - Approvazione del Documento di Budget aziendale per l'anno 2023.

L'Estensore: Milvia Bartolucci

Parere del Direttore Amministrativo : Dr.ssa Francesca Merli

Parere DA: FAVOREVOLE

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.

Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente
Andrea Storri

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 1542

Hash .pdf (SHA256): 953239a039b9165aa3e215459cb6b904fc95391b1d9b4ec9e4592e1d4b51e56a
Hash .p7m (SHA256): 2669ba819641a368887a07955ef8c8b99151b8bbba6664a08f46b52bda66da63
Firme digitali apposte sulla proposta: Merli Francesca,STORRI ANDREA,SGROI DANIELA

Il Responsabile del Procedimento: Milvia Bartolucci

Il Dirigente: Andrea Storri

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;
Visto	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 <i>Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019 - 2021</i> 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;
Rilevato	che l'Azienda individua la negoziazione del budget quale strumento di pianificazione, condivisione di obiettivi e identificazione delle risorse; che nell'ambito degli obiettivi strategici, l'Azienda si è posta l'obiettivo dell'implementazione di un sistema di contabilità analitica in grado di supportare le scelte, non solo della direzione strategica ma anche dei singoli Centri di Responsabilità;
Considerato	che con deliberazione n. 132 del 06/02/2023 è stato approvato il Documento Programmatico relativo alla negoziazione 2023;
Tenuto conto	che l'articolo 6 del D.lgs. n.80/2021, il c.d. "Decreto Reclutamento", ha introdotto il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR, di cui il Piano della Performance 2023-2025, approvato con deliberazione n. 163 del 14/02/2023, ne è una sezione;
Preso atto	che con deliberazione n. 364 del 30/03/2023 è stato approvato il suindicato PIAO, che modifica parzialmente anche le citate delibere 132/23 e 163/23; che, per quanto suesposto, al termine del processo di negoziazione, è stato approvato con delibera n. 430 del 18/04/2023 il documento di budget aziendale per l'anno 2023;

Deliberazione

Preso atto	della DGR n. 197 del 22.05.2023 avente ad oggetto “ <i>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 2023</i> ”, allegata al presente atto- Allegato A;
Atteso	che con il provvedimento suindicato la Regione Lazio ha trasmesso, nell'allegato A, il Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla regione Lazio ai Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del SSR – Valutazione della Performance; che con il medesimo provvedimento la Regione Lazio ha trasmesso gli obiettivi per l'anno 2023 ai Direttori Generali del SSN;
Ritenuto	pertanto necessario declinare gli obiettivi indicati nella DGR n. 197 del 22.05.2023 ai Negoziatori coinvolti, rimodulando alcune schede di budget già assegnate con Delibera n. 430 del 18/04/2023, allegate alla presente deliberazione come Allegato B; procedere, altresì, ad una modifica parziale dell'albero della performance di cui alla della delibera n. 163 del 14/02/2023 avente ad oggetto “Approvazione del Piano della Performance 2023-2025”, allegato C – Albero obiettivi 2023;
Considerato	che la declinazione degli obiettivi al Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario non può prescindere dagli obiettivi regionali;
Pertanto	si rende necessario specificare che, la valutazione definitiva del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, avverrà solo a seguito della valutazione del Direttore Generale da parte dell'OIV Regionale; potranno comunque essere erogati acconti sino al 70% della percentuale raggiunta sulla base della valutazione istruttoria del Controllo di Gestione. Tale indirizzo ha effetto immediato per gli anni ancora da riconoscere.
Considerate	le attività della UOS Controllo di Gestione che, in collaborazione con la Direzione Strategica, ha provveduto a redigere le bozze delle schede di budget, allegate alla presente deliberazione denominate allegato B;
Rilevato	che ciascun Direttore di Dipartimento, al pari dei singoli negozianti, ha provveduto a sottoscrivere le schede di UOC/UOSD;
Dato atto	di quanto già indicato nella delibera n. 430 del 18/04/2023 per quanto riguarda le scadenze per l'invio delle relazioni al fine del monitoraggio da parte dell'UOS Controllo di Gestione da parte dei Negoziatori coinvolti nella succitata rimodulazione;

Deliberazione

Visti	gli acclusi documenti con i quali il Direttore Generale ha definito gli obiettivi del Budget Aziendale per l'anno 2023 sottoscrivendoli con ciascuno dei Negoziatori;
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 prendere atto della DGR n. 197 del 22.05.2023;
2. di approvare la Deliberazione avente ad oggetto "Integrazione alla Delibera n. 430 del 18/04/2023 - Approvazione del Documento di Budget aziendale per l'anno 2023";

II DIRIGENTE
UOS CONTROLLO DI GESTIONE
(Dott. Andrea Storri)

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00201 del 29.10.2021;
- Viste** la deliberazione n. 1 del 2.11.2021 avente ad oggetto “Insediamento della Dr.ssa Francesca Milito in qualità di Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3;
- 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 approvare la presente Deliberazione avente ad oggetto “Preso d’atto della DGR n. 197 del 22.05.2023 e Integrazione alla Delibera n. 430 del 18/04/2023 - Approvazione del Documento di Budget aziendale per l’anno 2023”;
- 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, composto di pagine n. 5 e da n. 3 allegati sarà pubblicato all’Albo on line dell’Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L.R. 31/10/1996 n.45.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Francesca Milito

Lazio

Deliberazione di Giunta Regionale 22.05.2023, n. 197

Definizione, ai sensi dell'articolo 2 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 2023.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente;

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i. recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il Decreto Legislativo 4 agosto 2016 n. 171 “Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria”;

VISTI, inoltre:

- le deliberazioni di Giunta regionale n. 203 del 24 aprile 2018, come modificata dalla D.G.R. n. 252 del 1 giugno 2018, e n. 306 del 19 giugno 2018, con le quale si è provveduto a effettuare una riorganizzazione generale dell’assetto amministrativo ed è stata istituita, tra le altre, la Direzione regionale Salute ed integrazione sociosanitaria;
- la determinazione del 2 ottobre 2018, n. G12275 con la quale si dispone la riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 03/08/2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257”;
- VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 159 del 5/5/2023 con la quale è stato conferito l’incarico ad interim di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Paolo Iannini, Direttore della Direzione Regionale Programmazione Economica;
- l’Atto di organizzazione n. G00243 del 18 gennaio 2021 con cui è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area Risorse Umane della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria alla dott.ssa Eleonora Alimenti;

RICHIAMATI:

- in particolare, l’articolo 2, comma 2 sexies, lettera e), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 il quale riserva alla Regione non solo l’ordinaria attività di vigilanza sulle aziende unità sanitarie locali, quali enti dipendenti, ma anche l’attività di valutazione dei risultati delle stesse, “prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci”, nonché l’articolo 3 bis comma 7bis, il quale prevede che l’accertamento, da parte della Regione, del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la

decadenza automatica dello stesso;

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 19.07.1995 e ss. mm. e ii., che, in materia di trattamento economico dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, stabilisce che lo stesso “[...] può essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione, sulla base dei criteri determinati ai sensi del comma 5 dell'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al direttore generale annualmente dalla regione”;
- l’Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e, in particolare, l’art. 10, comma 6, ove si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute ed assistenziali previsti dai Lea, stabiliti per i direttori generali costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l’applicazione dell’articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., con la previsione della decadenza automatica dei direttori generali;
- l’art. 4, comma 4 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in Legge 8 novembre 2012, n.189, che stabilisce: “Ciascuna regione promuove, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento”;

VISTA la DGR n. 661 del 29 settembre 2020, con la quale è stato confermato che spetta alla Giunta regionale l’esercizio delle funzioni amministrative inerenti all’approvazione degli obiettivi strategici di mandato e annuali dei Direttori Generali e corrispondente valutazione dei risultati raggiunti ai sensi dell’art. 3-bis del d.lgs. 502/1992;

Azygos Srl

Via Carlo Tenca 7 – 20124

Milano tel 0248020604 fax

0267388448

e-mail info@azygos.it

RAVVISATA la necessità di assegnare ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR obiettivi economico gestionali, di salute e funzionamento dei servizi che siano finalizzati, ai sensi delle disposizioni sopra richiamate, all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2023, nei limiti percentuali previsti dal suddetto art. 1, comma 5 del DPCM 502/1995;

RITENUTO opportuno, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 171/2016, adottare le procedure di valutazione, così come contenute nei documenti allegati alla presente deliberazione, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale;

TENUTO CONTO che gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, per l'anno 2023, sono integralmente riportati nei documenti allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, rispettivamente Allegato A "Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali delle Aziende e degli enti del SSR; valutazione della performance" ed Allegato B "Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023" che riporta per ciascuno dei medesimi obiettivi i relativi indicatori e le relative modalità di calcolo;

DATO ATTO che:

- i singoli obiettivi assegnati, concorreranno al riconoscimento della quota economica integrativa con i diversi pesi specificati per ciascuno di essi, per un punteggio complessivo pari a 100 punti, nel rispetto della soglia minima pari al 60%;
- il mancato conseguimento degli obiettivi, come meglio specificato nell'allegato A, costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso;

PRESO ATTO che, l'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico non debba essere prevista qualora, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis, del d.lgs. 502/92 e s.m.i., [...] "l'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso";

CONSIDERATO che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale; DELIBERA

Per le motivazioni esposte, che integralmente si richiamano:

- di approvare i due documenti allegati al presente atto, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, recanti "Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai direttori generali delle Aziende e degli enti del SSR; valutazione della performance" (Allegato A) e "Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023" (Allegato B) nei quali sono definiti gli obiettivi di salute e funzionamento di ordine sanitario per l'anno 2023, generali e specifici, ed i relativi pesi così come suddivisi, in relazione alle funzioni assegnate alle Aziende del S.S.R., e che riportano, altresì, per ciascuno degli obiettivi stessi i relativi indicatori e le relative modalità di calcolo;
- di assegnare gli obiettivi, così come individuati ed approvati, ai Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

La Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti i necessari adempimenti conseguenti e derivanti dal presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

Azygos Srl

Via Carlo Tenca 7 – 20124

Milano tel 0248020604 fax

0267388448

e-mail info@azygos.it

**REGOLAMENTO IN MATERIA DI CRITERI E PROCEDURE DI VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI
ASSEGNATI DALLA REGIONE LAZIO AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SSR
VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente regolamento è rivolto ai Direttori Generali delle seguenti strutture:

Aziende Territoriali:

- Azienda Sanitaria Locale Roma 1
- Azienda Sanitaria Locale Roma 2
- Azienda Sanitaria Locale Roma 3
- Azienda Sanitaria Locale Roma 4
- Azienda Sanitaria Locale Roma 5
- Azienda Sanitaria Locale Roma 6
- Azienda Sanitaria Locale Latina
- Azienda Sanitaria Locale Frosinone
- Azienda Sanitaria Locale Viterbo
- Azienda Sanitaria Locale Rieti

Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale:

- Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
- Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

Enti Ospedalieri Universitari:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I
- Fondazione "Policlinico Tor Vergata"
- Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea.

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico:

- Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani";
- Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) IRE –ISG

Azienda Regionale Emergenza Sanitaria

- A.R.E.S. 118

2. Il presente regolamento costituisce l'Allegato A della Delibera di Giunta avente ad oggetto: *"Definizione, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2023"*.

3. Le procedure di valutazione disciplinate dal presente Regolamento si applicano, in quanto compatibili, anche per le successive valutazioni previste dall'art. 2, comma 4, del d. lgs. 171/2016, alla scadenza dei 24 mesi dalla nomina.

Art. 2 – OBIETTIVI

1. Gli obiettivi assegnati sono stati declinati in coerenza con gli atti di programmazione nazionali e regionali e con le linee descritte nei Programmi operativi nel tempo vigenti.
2. L'insieme degli obiettivi assegnati costituisce l'oggetto della valutazione dei Direttori Generali/Commissari

Straordinari, secondo quanto previsto nel presente Regolamento.

3. La valutazione viene effettuata sulla base degli atti e documenti in possesso delle competenti Aree della Direzione Regionale, dei pareri del sindaco o della Conferenza dei Sindaci per le Aziende sanitarie locali ovvero, per le Aziende Ospedaliere, della Conferenza permanente ex art. 2 comma 2 bis del D.lgs. 502/1992, delle eventuali relazioni collegate alla verifica periodica per la conferma dell'incarico.

4. La valutazione può inoltre tenere conto, limitatamente all'arco temporale di riferimento, delle relazioni di accompagnamento al Bilancio Consuntivo aziendale redatte dai Collegi Sindacali delle Aziende interessate, messe a disposizione dalla competente Area regionale.

5. Ogni obiettivo viene definito con il peso, l'indicatore, i valori target e le modalità di rilevazione. Il raggiungimento dell'obiettivo, in funzione delle caratteristiche dello stesso, potrà essere parziale, influenzando, in tale maniera, sulla valutazione complessiva.

6. Per le aziende con più stabilimenti/presidi l'obiettivo è calcolato per ciascuno di essi. Il punteggio assegnato al singolo indicatore verrà pertanto proporzionato sul numero di stabilimenti/presidi presenti. A titolo esemplificativo: punteggio massimo pari a 10 e numero stabilimenti/presidi pari a 5, di cui 4 conseguono il raggiungimento dell'obiettivo; il punteggio sarà calcolato con la formula $10 / 5 * 4 = 8$.

7. Qualora il raggiungimento di uno o più obiettivi dovesse essere impedito o, per contro, reso possibile da cause o evenienze sopravvenute non imputabili alla responsabilità dei direttori generali, a seguito di puntuale documentazione e diretta verifica di tali circostanze, gli stessi obiettivi potranno essere ridefiniti o rimodulati, in corso d'anno, su proposta della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria, con conseguente riparametrazione dei pesi attribuiti agli altri obiettivi. In caso di mancata rimodulazione nei termini di cui sopra, sarà cura della citata Direzione riparametrare i pesi dei rimanenti obiettivi, nell'ambito della complessiva valutazione dei diversi singoli casi.

8. Si è tenuto conto di quanto previsto dall'art 1 comma 865 della Legge 145/2018 che prevede *"che per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La predetta quota dell'indennità di risultato:*

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;*
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;*
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;*
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni".*

9. Ai fini della valutazione finale e dell'attribuzione del punteggio da assegnare, i Direttori Generali/Commissari Straordinari dovranno inviare, seguendo le indicazioni operative che saranno fornite dalla Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria, esclusivamente in modalità digitale, un documento di sintesi sul raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati accompagnato da una relazione sintetica, esplicitando gli aspetti salienti, le eventuali criticità riscontrate con le motivazioni del parziale o mancato raggiungimento, le azioni correttive adottate o da adottare, oltre a tutta la documentazione atta a comprovare il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Art. 3 – CRITERI E MODALITA' DI VALUTAZIONE

1. I singoli obiettivi concorrono, in base alle diverse pesature dettagliate nell'allegato alla delibera di assegnazione degli stessi, al riconoscimento della quota economica integrativa (quota massima del 20% del trattamento annuo, ai sensi

dell'art. 1, comma 5, DPCM 502/1995 e s.m.i), per un punteggio complessivo pari a massimo 100 punti. Il punteggio complessivamente conseguito sarà dato dalla somma dei punteggi ottenuti in relazione al raggiungimento di ciascun singolo obiettivo e darà luogo ad un riconoscimento della quota integrativa in misura proporzionale a tale punteggio.

2. Gli obiettivi assegnati vengono considerati raggiunti in maniera soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 60%, al di sotto della quale non si procederà alla corresponsione della quota integrativa.

3. Tenendo conto delle tempistiche di approvazione dei bilanci, la Direzione Regionale Salute e integrazione socio- sanitaria, avvalendosi delle aree regionali competenti e del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, predisporrà una proposta di provvedimento contenente le risultanze della propria valutazione ("RELAZIONE DELLA DIREZIONE REGIONALE") in ordine al raggiungimento degli obiettivi.

4. Il referente individuato dalla Direzione per le suddette attività di monitoraggio è il Dirigente dell'Area Risorse Umane che potrà chiedere integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli eventualmente già inviati.

Art. 4 – ESITO DELLE VALUTAZIONI

1. Al fine della corresponsione della quota economica integrativa è necessario raggiungere la soglia minima di 60 punti nel conseguimento degli obiettivi di cui all'allegato B al provvedimento avente ad oggetto *“Definizione, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2023.”* Il riconoscimento di tale quota sarà pari alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi in parola e sarà dovuto in misura proporzionale alla durata dell'incarico nell'anno oggetto di valutazione.
2. La verifica si conclude con la proposta, da parte della Direzione Regionale, di deliberazione avente ad oggetto il raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali/Commissari straordinari; il provvedimento adottato dalla Giunta Regionale verrà trasmesso alle rispettive direzioni generali aziendali. Sarà cura delle direzioni medesime comunicare gli esiti ai direttori/commissari interessati qualora cessati dall'incarico.
3. Viene individuata, in termini quantitativi, una condizione di negatività nel raggiungimento degli obiettivi in corrispondenza di una valutazione uguale o inferiore a 29 punti complessivi.
4. L'eventuale esito negativo della valutazione (<29 punti) determinerà l'avvio del procedimento di contestazione. In tale contesto al Direttore Generale viene garantito il contraddittorio per rendere edotta la Direzione Regionale di fatti e di circostanze tali da poter far mutare tale esito negativo.
5. Qualora dal citato contraddittorio non dovesse derivare un mutamento della valutazione, la Direzione Regionale proporrà un provvedimento di decadenza dall'incarico con connessa risoluzione del contratto da sottoporre alla Giunta Regionale. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della Giunta previa richiesta dei pareri normativamente previsti.

Art. 5 - TRASPARENZA DEI RISULTATI

1. L'esito della valutazione verrà pubblicato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza, sul portale regionale.

Art. 6 – VALUTAZIONE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DEI DIRETTORI SANITARI DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

1. L'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Amministrativi e Sanitari, nonché l'individuazione dei criteri di valutazione di corresponsione della quota integrativa in favore degli stessi, dovrà armonizzarsi con il presente provvedimento e con le risultanze delle valutazioni dei Direttori Generali e/o Commissari Straordinari, condizionando l'attribuzione del trattamento integrativo al conseguimento di una percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi da prevedere, comunque, non inferiore al 60%.
2. In particolare, al pari di quanto previsto per i direttori generali, dovrà essere data applicazione all'art. 1, comma 865 della Legge del 30 dicembre 2018, n. 145 nella parte in cui è stabilito che ai direttori amministrativi deve essere assegnato uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, prevedendo altresì che la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non possa ~~essere~~ inferiore al 30 per cento”. Il riconoscimento della suddetta quota e la relativa misura devono essere uniformate ai parametri riportati dalla norma citata.
3. Inoltre, il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico dovrà essere determinata in misura proporzionale alla durata dell'incarico.

Art. 7 - NORMA DI RINVIO

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento si rinvia al d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i. ed al d. lgs. 171/2016 nonché al Regolamento Regionale n. 1 del 2002 e s.m.i.

RISULTATO	PERCENTUALE
0%	100%
1% e 5%	75%
6% e 10%	50%
11% e 15%	25%
16%	0%

Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023

II

Obiettivi DG 2023	Descrizione indicatore	Modalità di calcolo	soglie di valutazione	ASL	AO/AOU/ IRCSS	ARES
Emergenza PS/DEA	Tempo medio di attesa in PS (tempo intercorso tra il triage e il ricovero in reparto di degenza)	Tempi che intercorrono tra il Triage medico, cioè il momento in cui il Medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico, e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza", rapportato al numero degli accessi in PS che hanno esito "ricovero".	Obiettivo nazionale 2:480' = 100% 2:540' = 80% 2:600' = 60% 2:720' = 40% >24h = 0	15	16	
Piano nazionale delle liste di attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per <u>Classe di</u> <u>priorità A</u> allegato (1)	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A.	Per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" di cui all'allegato (1) entro 30 giorni si assegna come soglia il 90%,	14	15	

			indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%. (1)			
Tempi di pagamento	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento	L'indicatore è calcolato come <u>la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture</u> , considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatture non scadute e pagate nell'anno. Tale indicatore tiene conto dei pagamenti dei debiti di tipo commerciale escludendo da tale calcolo i periodi di inesigibilità delle somme per "contestazione", "contenzioso" e "adempimenti normativi." In relazione alle fatture scadute e non pagate nell'anno di riferimento, sarà attribuita come "data pagamento" il 31/12 dell'anno di riferimento.	1) 100% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero e contestuale <u>azzeramento</u> dello stock di debito scaduto non bloccato al 31/12; 2) 75% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 1 e 5; 3) 45% qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore compreso fra 6 e 10. nessun riconoscimento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore maggiore di 10.	30	30	30
Concordamento anno 2023	Rispetto del concordamento 2023	(Valore complessivo dei costi consuntivi intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti Valore complessivo dei costi concordati 2023 intesi quali costi operativi + la rettifica		4	8	10

		contributi c/esercizio per investimenti) / Valore complessivo dei costi concordati 2023 intesi quali costi operativi + la rettifica contributi c/esercizio per investimenti $\frac{[(CE \text{ consuntivo } D+A5) - (BEP \text{ } D+A5)]}{(BEP \text{ } D+A5)}$				
Gestione della Piattaforma per il monitoraggio dei crediti commerciali	L'indicatore di gestione della PCC ha l'obiettivo di verificare la corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte delle Aziende Sanitarie	L'indicatore "i" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. $(i = PCC/STOCK)$	Per $i \leq 1$ la valutazione è pari a "i" percentuale Per $i > 1$ la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: $"i" \% = (1 + (1 - i)) / 100$	2	3	3
Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali	L'indicatore "i" è dato da: valore $1 - \frac{\text{rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT)}}{DCT}$. $"i" = 1 - dc/DCT$.	La valutazione è sempre uguale alla percentuale di "i"	2	3	3
Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell'approfondimento diagnostico "screening mammografico"	Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'approfondimento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di	Metodi di calcolo: ◦ Indicatore: (persone che effettuano l'approfondimento, nel 2023, entro 28gg dalla data di esecuzione della mammografia di screening/ persone che eseguono l'approfondimento	Da 0 a 100% a seconda del punteggio raggiunto	2	2	

	correzione in base all'incremento percentuale del dato 2023 rispetto all'anno 2022	diagnostico nel 2023) * 100 Ulteriore incremento 2023 Vs 2022: (Valore indicatore anno 2023 / Valore indicatore anno 2022*100) – 100 Fonte dei dati: Sipsoweb				
--	--	--	--	--	--	--

indicatore (1): % soggetti con approfondimen to diagnostico entro 28gg	ulteriore incremento (2) 2022 Vs 2021			
		26-50%	>50%	

					2	2

colon retto”	base all’incremento percentuale del dato 2023 rispetto all’anno 2022.	(persone che effettuano l’approfondimento, nel 2023, entro 30gg dalla data del referto positivo / persone che eseguono l’approfondimento diagnostico nel 2022) * 100 Incremento percentuale 2023 Vs 2022: (Valore indicatore anno 2023 / Valore indicatore anno 2022*100) – 100 Fonte dei dati: Sipsoweb				
Screening HCV	Offerta del test di screening HCV	n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all’anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR)		2	2	

		(inclusi STP) contattate per l'offerta del test di screening con reflex testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2023 all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) * 100				
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC - M6 C2 1.3.1	Attuazione del CIS di cui alla DGR 332/2022 M6 C2 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà riconosciuto se: a) per tutti gli interventi di cui al CIS (DGR 332/2022) saranno effettuate tutte le attività richieste in qualità di soggetto attuatore delegato (Es: REGIS, documentazione necessaria	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%	3	3	

		all'attuazione del CIS, avvio atti propedeutici alla contrattualizzazione con gli Operatori economici, qualora individuati) per il raggiungimento di milestone e target; ¹⁰⁾ entro il 30 giugno 2023, così come previsto dal DM di riferimento, conferimento all'infrastruttura FSE regionale dei dati e documenti facenti parti del "nucleo minimo" prodotti dai sistemi aziendali secondo le specifiche tecniche vigenti (FSE 2.0): referti medicina di laboratorio; lettera di dimissione; referti di radiologia; referto di specialistica ambulatoriale. ⁹⁾ Per tutti gli interventi: regolare contributo al monitoraggio mensile per l'attuazione dell'intervento; rispetto del principio del DNSH ai fini della riconoscibilità del finanziamento, secondo la percentuale green tag				
--	--	--	--	--	--	--

		indicata negli allegati alla DGR 332/2022, e dei principi del PNRR Se uno degli indicatori non è attuato l'obiettivo non si intende raggiunto				
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)	Il raggiungimento dell'obiettivo relativo agli interventi ex art 20 L 67/88 sarà riconosciuto se , ai sensi della L. n. 205/2017 art.1 comma 436 se: sarà presentato all'Area competente il progetto degli interventi entro 30 mesi dalla data di sottoscrizione dell'accordo di Programma; sarà comunicata l'avvenuta aggiudicazione entro 18 mesi dall'ammissione a finanziamento. Per gli altri fondi statali: sia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla Regione Lazio con gli enti finanziatori Se uno degli indicatori non è attuato	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore degli indicatori è pari al 100%	3	3	

		l'obiettivo non si intende raggiunto				
Flusso informativo contratti di dispositivi medici	Percentuale di copertura codici di repertorio consumati / contrattualizzati	La percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi dell'anno oggetto di osservazione (Anno 2023 – Da Gennaio a Dicembre) sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi nell'anno oggetto di osservazione (2023) ha una copertura maggiore o uguale al 75%. Nel calcolo sono inclusi tutti i dispositivi dotati di codice di repertorio e tipi di dispositivo (tipo DM=1, tipo DM=2), ad eccezione dei dispositivi il cui codice repertorio è appartenente alle categorie CND Q ed L.	Coperture > 75% = 100% Coperture < 75% = 0	2	2	
Flusso informativo consumi di dispositivi medici	Percentuale di copertura rispetto al Modello CE	La spesa rilevata dal Flusso Consumi nel periodo oggetto di osservazione (Anno 2023 – Da Gennaio a Dicembre) copre l' 80% dei costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)*.	Coperture $\geq$ 80% = 100% Coperture < 80% = 0	2	2	

		è esclusa dal calcolo dell'indicatore la spesa rilevata nel flusso ed afferente le seguenti categorie CND: Z "Apparecchiature sanitarie e relativi componenti accessori e materiali"- ad eccezione della Z12040115 "Sistemi per il monitoraggio della glicemia", della Z12040216 "Strumentazione portatile per microinfusione", e della Z13 "Materiali di consumo non specifici per strumentazione diagnostica"- W "Dispositivi medico-diagnostici in vitro (D. Lgs. 332/2000") Tali categorie, seppure non incluse nel calcolo dell'indicatore, devono continuare ad essere regolarmente trasmesse nel flusso regionale.				
--	--	---	--	--	--	--

Obiettivi dei direttori generali per l'anno 2023

II

Flusso informativo consumi farmaci (File F e File R)	Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità ed attendibilità dei dati trasmessi	Le trasmissioni dei dati relativi al consumo dei medicinali in Distribuzione Diretta pura (Flusso F) ed Ospedalieri (Flusso R) è riferita a tutti i mesi del periodo oggetto di osservazione (Anno 2023 – Da Gennaio a Dicembre). La trasmissione del Flusso F viene effettuata entro il 10° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall’Area regionale.	12 trasmissioni con qualità del dato = 100%	2	2	
---	--	--	--	----------	----------	--

		La trasmissione del Flusso R viene effettuata entro il 15° giorno del mese nel sistema regionale, nel rispetto delle scadenze comunicate dall'Area regionale. Miglioramento della qualità e attendibilità dei dati mensilmente dichiarati (con particolare riferimento all'andamento del costo di acquisto e dei medicinali dichiarati). * Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato il numero di eccezioni straordinarie attivate nel sistema regionale (per accogliere invii tardivi) e l'impatto delle rettifiche trasmesse (in merito alla qualità dei dati dichiarati).				
Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Dati flusso SIAT	il valore relativo alle prese in carico individuali per tutte le classi CIA è almeno pari al 6,92% della popolazione ultra sessantacinquenne (PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore > 6,92% della popolazione ultra sessantacinquenne	2		
Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023	Punti 2:3 = 40% Punti 2:4 = 60% Punti 2:5 = 80%	2		

intensità assistenziale	intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1):  4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2):  2,50 = 2 punti Livello III (CIA 3):  2,00 = 3 punti	Punti 6 = 100%			
Ricetta dematerializzata	Aumentare la percentuale di ricetta dematerializzata alla soglia del 90%	analisi delle informazioni inserite nel sistema TS	L'obiettivo si intende raggiunto al superamento della soglia del 90% di ricette dematerializzate	3	3	
Rete Ictus	Trasporto primario in ospedale con PSE/UTN1/UTN2 di pazienti con codice giallo neurovascolare, confermato al target	L'indicatore viene calcolato sul numero totale di pazienti soccorsi con codice giallo neurovascolare, confermato al target e centralizzati presso un nodo della rete in grado di effettuare la trombolisi	L'obiettivo si intende raggiunto se il valore dell'indicatore è maggiore del 60%			6
Centralizzazione paziente con trauma maggiore	Trasporto primario in CTS/CTZ/PST dei pazienti con trauma grave in codice rosso confermato al target	L'indicatore viene calcolato sul totale del numero di pazienti soccorsi con trauma grave in codice rosso, confermato al target, centralizzati in via primaria presso i nodi delle rete	95% obiettivo raggiunto al 100% 80% obiettivo raggiunto all'80% 70% obiettivo raggiunto al 65%  60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non			6

			raggiunto			
Applicazione Protocollo TELEMED	Trasporto diretto in emodinamica dei pazienti con ECG positivo per STEMI, effettuato dal mezzo ARES 118 al target	L'indicatore viene calcolato sulla base del numero totale di pazienti gestiti con sistema TELEMED che hanno presentato un ECG, refertato dal Centro di Refertazione Regionale, positivo per STEMI e centralizzati presso una struttura ospedaliera con emodinamica	95% obiettivo raggiunto al 100% 80% obiettivo raggiunto all'80% 70% obiettivo raggiunto al 65% 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			6
Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso	Tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono dall'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata pari o inferiore al valore del 2021 (22' 11")	L'indicatore è espresso in minuti ed è pari al tempo corrispondente al 75° percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono dall'inizio della chiamata telefonica alla centrale operativa del 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che ha generato la chiamata. Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i tempi compresi tra 1 minuto e 180 minuti e applicare i seguenti criteri: considerare i codici di criticità presunta Rosso; selezionare come primo tempo dell'intervallo quello associato al primo mezzo di soccorso	95% obiettivo raggiunto al 100% 80% obiettivo raggiunto all'80% 70% obiettivo raggiunto al 65% 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			6

		arrivato sul posto; considerare solo le missioni non annullate (esito missione - 1); si escludono dal calcolo le missioni per le quali il tempo tra la chiamata e l'arrivo del mezzo di soccorso risulta inferiore a 1 minuti o superiore a 180 minuti.				
Inteventi per patologie First Hour Quintet FHQ effettuati con mezzi di soccorso avanzato	Numero di interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)	L'indicatore verrà calcolato considerando come <i>Numeratore</i> la somma degli interventi effettuati con mezzo di soccorso avanzato (ALS) per patologie FHQ; come <i>Denominatore</i> la somma degli interventi effettuati per le patologie FHQ; come <i>Fattore di scala</i> (x 100). Ai fini del calcolo dell'indicatore, bisogna considerare i codici EMUR di "patologia riscontrata" al momento dell'intervento: per l'arresto cardio-circolatorio sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0205, C0208 esclusa la classe C01; per la sindrome coronarica acuta sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0203, C0206; per l'insufficienza respiratoria acuta sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": C0301, C0303, C0305; per lo Stroke (ictus) sono stati selezionati i	95% obiettivo raggiunto al 100% 80% obiettivo raggiunto all'80% 70% obiettivo raggiunto al 65% 🚩 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			6

		codici di "patologia riscontrata": C0404; per il trauma maggiore critico sono stati selezionati i codici di "patologia riscontrata": da C0101 a C0116. E' stata selezionata la "valutazione sanitaria" I3 e I4.				
Attivazione delle Centrali Operative Territoriali	Attivazione delle COT	Attivazione entro il 31/12/2023 di almeno il 60% delle COT previste in Azienda	L'obiettivo è considerato raggiunto se il valore è pari al 60% delle COT previste in azienda	2		

Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii	Provvedimento Assegnazione Budget/Sottoscrizione Contratto	Riduzione dei tempi per l'emanazione del provvedimento di assegnazione del budget e sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.	.100%) Adozione e trasmissione alla Regione Lazio Provvedimento budget: Per le prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo complessivo di finanziamento, l'Azienda Sanitaria provvede all'adozione ed alla trasmissione alla Regione Lazio della relativa delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale. Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.: L'Azienda Sanitaria provvede alla sottoscrizione del contratto entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget. L'obiettivo si intende raggiunto al 100% anche se l'Azienda Sanitaria provvede alla sottoscrizione del 98% dei contratti previsti entro i 30 giorni successivi all'adozione della relativa deliberazione aziendale di assegnazione del budget, <u>solo qualora la</u>	2		
--	---	--	--	---	--	--

			<u>mancata sottoscrizione sia causata da sospensione da parte del giudice o a causa di giudizio pendente.</u> .50%) Adozione e trasmissione alla Regione Lazio Provvedimento budget: Per le prestazioni assistenziali per le quali la Regione fissa il livello massimo complessivo di finanziamento, l'Azienda Sanitaria provvede all'adozione ed alla trasmissione alla Regione Lazio della relativa delibera di budget entro 30 giorni successivi alla comunicazione del provvedimento regionale Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.: L'Azienda Sanitaria procede alla sottoscrizione del contratto in ritardo, dopo i 30 giorni successivi all'adozione della deliberazione aziendale di assegnazione del budget. .0%) Nessun riconoscimento qualora l'Azienda Sanitaria registri ritardi superiori ai 30 giorni sia per l'adozione/trasmissione alla Regione Lazio del Provvedimento budget, che per la Sottoscrizione dell'Accordo/Contratto ex art. 8 quinquies D. Lgs. n.			
--	--	--	---	--	--	--

			502/1992 e ss.mm.ii.			
Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PAP aggiornato al 2023 in coerenza con il PNP e il PRP	Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale di prevenzione per l'anno 2023	nota di trasmissione	2	2	2
Contenimento tempi di risposta alla chiamata da parte della CUR 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia	Tempo medio delle chiamate proveniente dalla CUR NUE 112 finalizzata al passaggio dell'utente in fonia alle quali si è data risposta inferiore a 40 secondi	L'indicatore viene calcolato sulla base del tempo medio delle attivazioni del PSAP2 118 da parte della CUR NUE 112	.95% obiettivo raggiunto al 100% .80% obiettivo raggiunto all'80% .70% obiettivo raggiunto al 65% ❖ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			5
Numero Europeo Armonizzato 116117	Attivazione del Numero Europeo Armonizzato 116117	L'indicatore viene calcolato sull'attivazione a sei mesi dal finanziamento del Numero Europeo Armonizzato 116117	.95% obiettivo raggiunto al 100% .80% obiettivo raggiunto all'80% .70% obiettivo raggiunto al 65% ❖ 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			5
Raggiungimento delle adempienze relative		L'indicatore viene calcolato sulle adempienze relative alla	.95% obiettivo raggiunto al 100% .80% obiettivo raggiunto all'80%			5

alla trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri - Flusso EMUR, Flusso Consumi Dispositivi Medici e Flusso Consumi File R		trasmissione dei flussi informativi ai Ministeri	. 70% obiettivo raggiunto al 65% 🔍 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			
Piattaforma Monitoraggio Posti Letto	Avvio e Monitoraggio della Piattaforma	L'indicatore viene calcolato sull'avvio e sull'operatività entro il 31.12 della Piattaforma Monitoraggio Posti Letto	. 95% obiettivo raggiunto al 100% . 80% obiettivo raggiunto all'80% . 70% obiettivo raggiunto al 65% 🔍 60% obiettivo raggiunto al 50% < 60% obiettivo non raggiunto			5
Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2023 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022	Trasmissione della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2023, con evidenza della nomina del coordinator del aziendale	nota di trasmissione	2	2	2
				100	100	100

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	133.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retta	48.40; 48.5; 48.6x	134.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.08; 36.07	
10	Endarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x - 53.1x	

ALLEGATO B

INDICE

STRUTTURE NEGOZIATRICI	pag.1
TITOLO 1: Funzioni di Staff Direzione Generale	pag.2
Ufficio Legale	pag.3
Uoc Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale	pag.6
Uos Controllo di Gestione	pag.8
TITOLO 2: Funzioni Di Staff Della Direzione Sanitaria	pag.10
Uoc Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Unico	pag.11
Uoc Accreditamento Vigilanza e Controllo Strutture Sanitarie	pag.14
TITOLO 3: Dipartimento Delle Professioni Sanitarie	pag.18
Dipartimento Delle Professioni Sanitarie	pag.19
Uoc Servizio Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie Territorio	pag.23
TITOLO 4: Dipartimento Cure Primarie E Integrazione Socio Sanitaria	pag.25
Uoc Distretto Comune di Fiumicino	pag.26
Uoc Distretto Municipio X	pag.29
Uoc Distretto Municipio XI	pag.33
Uoc Distretto Municipio XII	pag.37
Uoc Amministrativa Cure Primarie	pag.42

TITOLO 5: Dipartimento di Prevenzione	pag.45
Uoc Igiene e Sanità Pubblica	pag.46
Uosd Screening, Promozione Della Salute	pag.49
 TITOLO 6: Dipartimento Salute Mentale	 pag.52
Uoc Salute Mentale Età Evolutiva	pag.53
Uoc Salute Dipendenze	pag.56
Uoc Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Grassi / S. Camillo	pag.59
 TITOLO 7: Dipartimento Di Chirurgia	 pag.64
Dipartimento di Chirurgia	pag.65
Uoc Ostetricia e Ginecologia	pag.67
Uoc Chirurgia Generale	pag.72
Uoc Ortopedia e Traumatologia	pag.76
Uoc Oculistica	pag.80
Uosd Anestesia	pag.83
Uosd Otorino e Patologie Del Cavo Orale	pag.86

TITOLO 8: Dipartimento Dei Servizi **pag.88**

Dipartimento dei Servizi pag.89

Uoc Farmacia Ospedaliera pag.91

TITOLO 9: Dipartimento Emergenza E Accettazione **pag.94**

Uoc Diagnostica per Immagini pag.95

Uoc Pronto Soccorso e Medicina D'Emergenza pag.97

TITOLO 10: Dipartimento Di Medicina **pag.101**

Uoc Cardiologia pag.102

Uoc Medicina pag.106

Uoc Nefrologia e Dialisi pag.110

Uoc Pediatria pag.113

Uoc Riabilitazione e Centro Spinale pag.117

Uosd Gastroenterologia pag.120

Uosd Neonatologia pag.123

TITOLO 11: Dipartimento per L'Amministrazione dei Fattori Produttivi **pag.126**

Uoc Approvvigionamenti pag.127

Uoc Risorse Economico Finanziarie pag.131

Uoc Risorse Tecnologiche e Patrimonio pag.135

Uoc Sistemi Ict pag.138

Uosd Affari Generali pag.141

Strutture Negoziatrici

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Ufficio Legale

A000DAZ000010104



Direttore/Resp:

Avv. Simona Consani; Avv. Carmen Di Carlo

Il Dirigente Responsabile

Avv. Simona Consani; Avv. Carmen Di Carlo

p.p.v.

Il Direttore di Dipartimento

Francesca Milito

(vuoto)

(vuoto)

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE Ufficio Legale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.6.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Analisi dei processi Amministrativi: contabilità analitica	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti	Redigere due relazioni al 30/06 e al 31/12 relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale	Relazione Ufficio Legale	20	N	2	2
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.4.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Definizione e approvazione, previa delibera, di procedura di gestione delle azioni esecutive da parte dei fornitori per integrale monitoraggio dello stato del debito nonché della gestione delle azioni esecutive promosse nei confronti di fornitori e/o personale dipendente e/o convenzionato dell'azienda Sanitaria, con Azienda Sanitaria terzo pignorato	Approvazione procedura entro 30/06/2023	Ishare	20	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Ufficio Legale

A00DAZ000010104



Direttore/Resp:

Avv. Simona Consani; Avv. Carmen Di Carlo

Il Dirigente Responsabile

Avv. Simona Consani; Avv. Carmen Di Carlo

P.D.V.

Il Direttore di Dipartimento

Francesca Milito

(vuoto)

(vuoto)

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE Ufficio Legale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.4.6	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Razionalizzazione dell'attività consultiva e di assistenza agli uffici nella forma di redazione pareri, supporto a riunioni reportistica a monitoraggio	Predisposizione di linee guida entro 31/05/2023 che definiscano la tipologia di attività di supporto che può svolgere l'Ufficio Legale e le modalità di richiesta	Ishare	14	gg	0	60
3.13.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: monitoraggio attuazione	Predisposizione e aggiornamento del file del contenzioso e degli accantonamenti	Predisposizione e invio file a UOC REF 20/04; 10/07; 10/10; 31/12/2023	Refazione UOC REF	10	N	4	4
3.16.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: recupero crediti	Recupero dei crediti vantati dall'azienda: Relazione semestrale con specifica indicazione del numero di intimazioni, messe in mora, recuperi giudiziali e quantificazione del credito recuperato	4 report trimestrali	Trasmissione progetto a Direzione Strategica, Cdg	10	N	4	4
3.17.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: Stock di debito	Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali - L'indicatore "i" è dato da: valore 1 - il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). "i" = 1 - dc/DCT.	Stato patrimoniale anno 2023 al 31.03.2024	5	%	95	60
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	7	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Ufficio Legale

A00DAZ000010104



Direttore/Resp:

Avv. Simona Consani; Avv. Carmen Di Carlo

Il Dirigente Responsabile

Avv. Simona Consani; Avv. Carmen Di Carlo

P.D.V.

Il Direttore di Dipartimento

Francesca Milito

(vuoto)

(vuoto)

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE

Ufficio Legale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023


 ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale

A00DAZ000010201

Tiziana Chiriacò


 REGIONE
LAZIO

 Il Direttore di UOC
Tiziana Chiriacò

 Il Direttore Generale
Francesca Milco

 UOC Sviluppo Organizzativo e della
Competence Individuale

Data

NEGOZIATORE									
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.15.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare il funzionigramma, alla luce del nuovo atto aziendale	Presentare alla Direzione Strategica nuovo funzionigramma 45 gg dopo l'approvazione regionale dell'Atto Aziendale	Relazione alla Direzione Strategica	25	gg	0	30
1.15.5	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Predisposizione Piano Azioni Positive	Predisposizione Piano Azioni Positive, in tempo utile per l'applicazione del PIAO	Trasmissione piano a CdG Direzione Strategica - CUG	30	SI/NO	1	0
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	10	%	100	70
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	5	%	100	80
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	5	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

Sviluppo Organizzativo e della Competence Individuale
A00DAZ000010201
Tiziana Chiriaco



Il Direttore di UOC
Tiziana Chiriaco

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC Sviluppo Organizzativo e della
Competence Individuale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	15	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOS Controllo di Gestione
A00DA2000010105
Andrea Storri



Il Dirigente Responsabile UOS
Andrea Storri

Il Direttore Generale
Francesco Muro

NEGOZIATORE		UOS Controllo di Gestione		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.11.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	Predisporre pubblicazioni relative all'andamento della produzione	elaborare 4 relazioni entro 30/04/2023,31/07/2023,31/10/2023,31/01/2024	Trasmissione nota a DG,DS,DA,	15	N	4	4
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziare di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.15.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare il funzionigramma, alla luce del nuovo atto aziendale	Presentare alla Direzione Strategica nuovo funzionigramma 45 gg dopo l'approvazione regionale dell'Atto Aziendale	Relazione alla Direzione Strategica	8	gg	0	30
1.8.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Mappatura di tutti i flussi aziendali con assegnazione delle relative responsabilità	Approvazione delibera di ricognizione di tutti i flussi aziendali entro 30/05/2023	Ishare doc	15	gg	0	45
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	10	%	100	70
3.1.1	Economico finanziari	Analisi dei processi Amministrativi: contabilità analitica	Elaborare 3 CE di reparto da trasmettere ai negozianti	Trasmissione CE di reparto 30/04, 31/07,31/10;	Share Doc	20	N	3	3

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOS Controllo di Gestione

A00DAZ000010105

Andrea Storri



Il Dirigente Responsabile UOS

Andrea Storri

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOS Controllo di Gestione

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.3.1	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Organizzazione dal parte UOC REF, UOS CdG riunioni trimestrali con negoziatori di budget	Organizzazione tre riunioni a seguito elaborazioni CE Trimestrali. Eventuali ulteriori approfondimenti in caso di scostamento del budget. Valutazione attività entro il 31.01.2024.	REF E CDG	10	N	3	2
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	3	%	100	80
4.23.2	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisporre le indicazioni operative per il monitoraggio del tempo utilizzo ambulatori/macchinari alta complessità	Monitorare il corretto adempimento delle strutture. 30/06 30/09 31/12	Relazioni a DG DS	10	N	3	3
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di ritardo o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi



ASL ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

JOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSP. UNICO

AAODPU0010101

Anna Maria Iafrate



AZIENDA ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
UOC Direzione Medica
 Direttore ff. Presidio Ospedaliero Unico
 Dott.ssa Anna Maria Iafrate

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
 Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
 Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
 Francesca Milito

Data

NEGOZIATORE
 UOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSP.
 UNICO

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziare di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti Informativi sanitari: cartella clinica	Elaborare report trimestrali di completezza e tempestività di invio della cartella clinica	4 report trimestrali da trasmettere alle strutture al Direttore Sanitario e al CdG	UOC DME POU	10	N	4	4
1.2.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione	Il risultato è frutto della seguente formula: 1-(valore produzione non riconosciuta*25)/valore della produzione riconosciuta *100	UOC ESIS	15	%	100	50
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle Indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per Interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.29.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Monitorare puntualmente il corretto adempimento dei reparti in ordine agli obiettivi 2.29.1 e 2.29.3	Segnalazioni tempestive ai reparti in ordine al mancato / ritardato adempimento.	Relazione mese entro il 5 del mese successivo alla Direzione Strategica e al CdG	15	N	7	6



VALUTAZIONE AZIENDA E SERVIZI

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

JOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSP. UNICO

AAODPU0010101

Anna Maria Iafrate



AZIENDA ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
UOC Direzione Medica
 Direttore di Presidio Ospedaliero Unico
 Dott.ssa Anna Maria Iafrate

D.P.V.
 Il Direttore di Dipartimento
 Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
 Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
 Francesca Milito

UOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSP.
 UNICO

NEGOZIATORE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Elaborare report trimestrali di completezza e tempestività di invio della cartella clinica	4 report trimestrali da trasmettere alle strutture al Direttore Sanitario e al CdG	UOC DME POU	10	N	4	4
1.2.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione	il risultato è frutto della seguente formula: 1-(valore produzione non riconsuata*25)/valore della produzione riconsuata *100	UOC ESIS	15	%	100	50
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per Interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.29.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Monitorare puntualmente il corretto adempimento dei reparti in ordine agli obiettivi 2.29.1 e 2.29.3	Segnalazioni tempestive ai reparti in ordine al mancato / ritardato adempimento.	Relazione mensile entro il 5 del mese successivo alla Direzione Strategica e al CdG	15	N	7	6

Macrostruttura:

JOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSP. UNICO

CdR

AAODPU0010101

Direttore/Resp:

Anna Maria Iafrate

ASL ROMA 3
ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
UOC Direzione Medica
 Direttore FF Presidio Ospedaliero Unico
 Dott.ssa Anna Maria Iafrate

P.P.V.

Il Direttore di Dipartimento

Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milillo

 UOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSP.
 UNICO

NEGOZIATORE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	EE	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT / UOC Amm.va POU	10	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di ritardo o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60
5.7.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: implementazione procedure e regolamenti	Aggiornamento procedura "Gestione della salma in Ospedale"	adempimento entro il 31/05/2023	Share Doc	5	EE	0	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

credito Vigilancia e Controllo Strutture sanitarie

A00DAZ0000204

Direttore/Resp:

Marcello De Masi



Il Direttore di UOC
Marcello De Masi

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE
UOC Accreditamento Vigilanza e Controllo
Strutture sanitarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.4.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adozione budget	Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art.8 quinquies D.lg. N.502/1992 e ss.mm.ii	Adozione trasmissione alla Regione Provvedimento Assegnazione Budget entro 30 gg successivi alla comunicazione del Provvedimento Regionale/sottoscrizione 98% dei contratti entro 30gg successivi alla data di caricamento degli stessi	Relazione a DS CdG	10	gg	0	60
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	4	%	100	70
2.38.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: valutazione accreditamento	Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimento dell'accREDITamento definitivo	N. istanze di accreditamento valutate / N. totale istanze di accreditamento presentate	Relazione quadrimestrale a Direzione Sanitaria e al CdG	10	%	100	85
2.39.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: controlli strutture accreditate	Incrementare le verifiche delle strutture accreditate rispetto al 2022	Effettuare la verifica di almeno 22 strutture accreditate	Relazione quadrimestrale a Direzione Sanitaria e al CdG	10	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

creditemento Vigilanza e Controllo Strutture sanitarie

A00DAZ0000204

Marcello De Masi



Il Direttore di UOC
Marcello De Masi

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

UOC Accreditamento Vigilanza e Controllo
Strutture sanitarie

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	10	%	100	80
3.17.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: Stock di debito	Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali - L'indicatore "i" è dato da: valore 1 - il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). "i" = 1 - dc/DCT.	Stato patrimoniale anno 2023 al 31.03.2024	10	%	95	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

credito Vigilancia e Controllo Strutture sanitarie

A00DAZ0000204

Marcello De Masi



Il Direttore di UOC
Marcello De Masi

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Muto

UOC Accreditamento Vigilanza e Controllo
Strutture sanitarie

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.2.1	Economico finanziari	Analisi dei processi Amministrativi: produzione strutture accreditate	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate entro: 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in caso di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati	Relazione a DA CdG	15	gg	0	60
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.4	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Monitorare, supportare, sollecitare la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate tempestivamente dal competente ufficio liquidatore	Relazioni Mensili a DA e CDG da parte degli uffici liquidatori	10	%	100	60
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	2	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

creditemento Vigilanza e Controllo Strutture sanitarie

A00DAZ0000204

Direttore/Resp:

Marcello De Masi



Il Direttore di UOC
Marcello De Masi

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Minto

UOC Accreditamento Vigilanza e Controllo
Strutture sanitarie

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	EE	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
A00DAZPRS000099



Il Direttore di Dipartimento

Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE
DIPARTIMENTO PROFESSIONI
SANITARIE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	23	gg	30	30
1.15.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione nuovo regolamento relativo all'assegnazione degli incarichi, previsti dal nuovo CCCNL del comparto	Trasmissione alle OO.SS. entro il 31/03/2023	Ishare doc	13	gg	15	15
1.15.6	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Stesura micro organizzazione finalizzato al sistema degli incarichi del comparto (Diprosan - UOC Amm.va Cure Primarie - Dip. Fatt. Prod.)	Collazione della micro organizzazione entro 30/11/2023	Ishare doc	13	gg	0	30
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
A00DAZPRS000099



Il Direttore di Dipartimento

Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milto

NEGOZIATORE
DIPARTIMENTO PROFESSIONI
SANITARIE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.18.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : PUA	Aggiornamento del percorso multidisciplinare e multidimensionale per la gestione dei bisogni delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria che si rivolgono al PUA; definire le modalità per la presa in carico tempestiva in particolari casi complessi, che richiedono l'intervento di più professionalità in ambito sociale sanitario in raccordo con le COT-A e COT-D	Predisposizione procedura aziendale sull'attività dei PUA Redazione del progetto entro il 30/11/2023	Diprosan Presentazione Progetto Al Ds Dg CdG	25	gg	0	60
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	2	%	100	80
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	0,6
6.3.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione organizzativa del PNRR	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria	10	%	100	85

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE
A00DAZPRS000099



Il Direttore di Dipartimento

Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milite

NEGOZIATORE

DIPARTIMENTO PROFESSIONI
SANITARIE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	5	%	100	85

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie - Territorio
A00DAZPR5030106
Alessia De Angelis



Alessia De Angelis
Il Direttore di UOC
Alessia De Angelis

Daniela Sgroi
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Daniela Sgroi
Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Francesca Maffei
Il Direttore Generale
Francesca Maffei

UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico
delle Cure Primarie - Territorio

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	20	gg	30	60
1.15.6	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Stesura micro organizzazione finalizzato al sistema degli incarichi del comparto (Diprosan - UOC Amm.va Cure Primarie - Dip. Fatt. Prod.)	Collazione della micro organizzazione entro 30/11/2023	Ishare doc	5	gg	0	30
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.14.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : COT-A	Implementazione dei flussi di presa in carico dei pazienti presso la COT-A	80 pazienti presi in carico dalla COT-A	Relazione/Dati SIATESS	10	%	80	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie - Territorio

A00DAZPR5030106

Alessia De Angelis



Il Direttore di UOC
Alessia De Angelis

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milica

UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico
delle Cure Primarie - Territorio

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.18.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : PUA	Aggiornamento del percorso multidisciplinare e multidimensionale per la gestione dei bisogni delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria che si rivolgono al PUA; definire le modalità per la presa in carico tempestiva in particolari casi complessi, che richiedono l'intervento di più professionalità in ambito sociale sanitario in raccordo con le COT-A e COT-D	Predisposizione procedura aziendale sull'attività dei PUA Redazione del progetto entro il 30/11/2023	Diprosan Presentazione Progetto Al Ds Dg CdG	15	gg	0	60
2.19.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : puerperio e post partum	Aumento delle visite domiciliari nel puerperio e nel post- partum da parte dell'equipe multidisciplinare consultori	Aumento del 5% di visite domiciliari 2023/n. di visite domiciliari effettuate nel 2022	Dati Recup (non SIAS) e Report interni	15	SI/NO	1	0
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	8	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Macrostruttura:

CdR

Infermieristico ed Ostetrico delle Cure Primarie - Territorio

A00DAZPR5030106

Direttore/Resp:

Alessia De Angelis



Il Direttore di UOC
Alessia De Angelis

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

UOC Servizio Infermieristico ed Ostetrico
delle Cure Primarie - Territorio

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (±00%)	MINIMO (0%)
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	5	%	100	80
4.7.7	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione Link nurse	Implementazione del progetto link nurse per la prevenzione delle ICA	Svolgimento della formazione entro il 30/11/2023 di infermieri esperti sulle tematiche di gestione controllo e prevenzione ICA	Servizio Igiene Ospedale	3	N	60	45
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	2	%	100	80

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

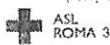
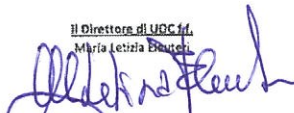
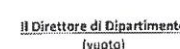
Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023									
		Macrostruttura: CdR Direttore/Resp:		UDC DISTRETTO COMUNE FIUMICINO AAT051000000099 Maria Letizia Eleuteri					
 il Direttore di UDC f.u. Miria Letizia Eleuteri		 il Direttore di Dipartimento (vuoto)		 il Direttore Sanitario Daniela Sgroi		 il Direttore Generale Francesca Manno			
NEGOZIATORE		UDC DISTRETTO COMUNE FIUMICINO		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	EE	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricetta cartacea. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	2	%	100	70
2.10.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Ciascuna CAPT deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve essere dedicata alla diagnostica	Relazione al Direttore Sanitario e al CdG	Presidenti Capi	3	N	10	9
2.23.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Telemedicina	Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	Rilevazione dati distrettuali	5	N	2	2

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:
Cdr

Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO COMUNE FIUMICINO
AATDS100000093

Maria Letizia Eleuteri

REGIONE
LAZIO

Il Direttore di UOC f.f.
Maria Letizia Eleuteri

Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Spini

Il Direttore Generale
Francesco Milite

NEGOZIATORE

UOC DISTRETTO COMUNE FIUMICINO

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SOURCE DATA	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza e 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)	3	N	4	3
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza del CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazioni del DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg. consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	5	%	100	95
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.1	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità B- Urgenza Breve	% di prestazioni in classe B- su tot classe B- con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	3	%	100	90

Stampata il 15/06/2023

Pagina 2 di 3

27



ASL
ROMA 3

Sistema di gestione delle performance aziendali - Scheda di Budget operativo 2023



REGIONE
LAZIO

Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO COMUNE FIUMICINO

AATDS100000099

Maria Letizia Eleuteri

Il Direttore di UOC f.f.
Maria Letizia Eleuteri

Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgori

Il Direttore Generale
Francesca Anito

NEGOZIATORE: UOC DISTRETTO COMUNE FIUMICINO

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SOURCE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.1.2	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente: liste d'attesa	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in classe di priorità P- Programmata	% di prestazioni in classe P- su tot classe P- con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	2	%	100	90
4.14.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 6,92 % della popolazione (PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)	SIATES	8	%	6,92	4
4.14.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D222 del NSG)	Sono considerate le Prese in Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 e un Coefficiente d'intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti Livello III (CIA3): >=2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)	SIATES	8	%	100	40
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note Cdg	8	%	100	60
4.9.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.	piena occupabilità degli slot o occupazione superiore al 95%	Relazione UOC Cure Primarie	10	%	95	80



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO X
AATDS2000000099
Filippo Muscolo




Il Direttore di UOC f.f.
Filippo Muscolo

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)


Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi


Il Direttore Generale
Francesca Miltto

NEGOZIATORE UOC DISTRETTO MUNICIPIO X

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	2	%	100	70
2.10.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Ciascuna CAPI deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve essere dedicata alla diagnostica	Relazione al Direttore Sanitario e al Cdg	Presidenti Capi	3	N	10	9
2.23.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Telemedicina	Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	Rilevazione dati distrettuali	5	N	2	2
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza a 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)	3	N	4	3



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO X
AATDS2000000099
Filippo Muscolo



X Il Direttore di UOC f.f.
Filippo Muscolo

P.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE		UOC DISTRETTO MUNICIPIO X			Data				
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	5	%	100	95
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.1	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità B- Urgenza Breve	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	3	%	100	90
4.1.2	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente: liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità P- Programmata	% di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	2	%	100	90



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO X
AATDS2000000099
Filippo Muscolo



X Il Direttore di UOC F.A.
Filippo Muscolo

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE	UOC DISTRETTO MUNICIPIO X				Data				
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (1.00%)	MINIMO (0%)
4.14.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 6,92 % della popolazione [[PIC Valide Popolazione > 65 anni] / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	8	%	6,92	4
4.14.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti Livello III (CIA3): >=2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)	SIATES	8	%	100	40
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note CdG	8	%	100	60
4.9.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.	piena occupabilità degli slot e occupazione superiore al 95%	Relazione UOC Cure Primarie	10	%	95	80
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie	8	%	100	85
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO X
AATDS2000000099
Filippo Muscolo



 Il Direttore di UOC f.f.
Filippo Muscolo

P.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

 Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

 Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC DISTRETTO MUNICIPIO X

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	3	%	100	80



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI
AATDS3000000099
Antonio Vivenzio



Il Direttore di UOC f.f.
Antonio Vivenzio

P.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milite

NEGOZIATORE UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	2	%	100	70
2.10.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Ciascuna CAPI deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve essere dedicata alla diagnostica	Relazione al Direttore Sanitario e al CdG	Presidenti Capi	3	N	10	9
2.23.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Telemedicina	Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	Rilevazione dati distrettuali	5	N	2	2
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza a 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)	3	N	4	3



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI
AATDS3000000099
Antonio Vivenzio



Il Direttore di UOC f.f.
Antonio Vivenzio

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	5	%	100	95
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.1	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità B-Urgenza Breve	% di prestazioni in classe B - su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	3	%	100	90
4.1.2	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente: liste d'attesa	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità P-Programmata	% di prestazioni in classe P - su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	2	%	100	90



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI
AATDS3000000099
Antonio Vivenzio



Il Direttore di UOC f.f.
Antonio Vivenzio

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milto

NEGOZIATORE

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.14.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 6,92 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	8	%	6,92	4
4.14.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti Livello III (CIA3): >=2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)	SIATES	8	%	100	40
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note CdG	8	%	100	60
4.9.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.	piena occupabilità degli slot e occupazione superiore al 95%	Relazione UOC Cure Primarie	10	%	95	80
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie	8	%	100	85



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI
AATDS3000000099
Antonio Vivenzio



Il Direttore di UOC f.f.
Antonio Vivenzio

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	3	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII
AATD5400000099
Oliviero Mascarucci



Il Direttore di UOC f.f.
Oliviero Mascarucci

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Mito

NEGOZIATORE UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	2	%	100	70
2.10.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Ciascuna CAPI deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve essere dedicata alla diagnostica	Relazione al Direttore Sanitario e al Cdg	Presidenti Capi	3	N	10	9
2.23.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Telemedicina	Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	Rilevazione dati distrettuali	5	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII
AATDS4000000099
Oliviero Mascarucci



Il Direttore di UOC f.f.
Oliviero Mascarucci

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE		UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza a 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)	3	N	4	3
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	5	%	100	95
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolti dai coordinatori	2	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII
AATDS4000000099
Oliviero Masciarucci



Il Direttore di UOC f.f.
Oliviero Masciarucci

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.1.1	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità B- Urgenza Breve	% di prestazioni in classe B- su tot classe B- con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	3	%	100	90
4.1.2	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente: liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità P- Programmata	% di prestazioni in classe P- su tot classe P- con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea	2	%	100	90
4.14.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 6,92 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	8	%	6,92	4
4.14.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti Livello III (CIA3): >2,00 = 3 punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)	SIATES	8	%	100	40

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII
AATDS4000000099
Oliviero Mascarucci



Il Direttore di UOC f.f.
Oliviero Mascarucci

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	Data			
						PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note CdG	8	%	100	60
4.9.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.	piena occupabilità degli slot e occupazione superiore al 95%	Relazione UOC Cure Primarie	10	%	95	80
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie	8	%	100	85
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII
AATDS4000000099
Oliviero Mascarucci



Il Direttore di UOC f.f.
Oliviero Mascarucci

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
(vuoto)

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE		UOC DISTRETTO MUNICIPIO XII			Data				
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	3	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Amministrativa Cure Primarie

A00DAZAF0201

Paola Savina



Il Direttore di UOC

Paola Savina

Il Direttore Amministrativo

Francesca Merli

Il Direttore Generale

Francesca Merli

NEGOZIATORE

UOC Amministrativa Cure Primarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.15.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare il funzionigramma, alla luce del nuovo atto aziendale	Presentare alla Direzione Strategica nuovo funzionigramma 45 gg dopo l'approvazione regionale dell'Atto Aziendale	Relazione alla Direzione Strategica	5	gg	0	30
1.15.6	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Stesura micro organizzazione finalizzato al sistema degli incarichi del comparto (Diprosan - UOC Amm.va Cure Primarie - Dip. Fatt. Prod.)	Collazione della micro organizzazione entro 30/11/2023	Ishare doc	15	gg	0	30
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: Implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B5 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (ex 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	10	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC Amministrativa Cure Primarie
A00DAZAF0201
Paola Savina



Il Direttore di UOC
Paola Savina

Il Direttore Amministrativo
Francesco Merli

Il Direttore Generale
Francesco Milillo

NEGOZIATORE		UOC Amministrativa Cure Primarie		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.17.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: Stock di debito	Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra-quinquennali - L'indicatore "I" è dato da: valore 1 - il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). "I" = $1 - dc/DCT$.	Stato patrimoniale anno 2023 al 31.03.2024	10	%	95	60
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazioni dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	7	%	100	95

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Via della Repubblica, 101/101 - 00187 Roma

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Amministrativa Cure Primarie

A00DAZAF0201

Paola Savina



Il Direttore di UOC

Paola Savina

Il Direttore Amministrativo

Francesca Merli

Il Direttore Generale

Francesca Milio

NEGOZIATORE

UOC Amministrativa Cure Primarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.7.4	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Monitorare, supportare, sollecitare la trasmissione delle certificazioni del DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate tempestivamente dal competente ufficio liquidatore	Relazioni Mensili a DA e CDG da parte degli uffici liquidatori	7	%	100	60
3.8.1	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Coordinare e gestire le linee di attività finalizzate alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	3 Relazioni trimestrali relative agli adempimenti richiesti alle strutture	Relazioni al 30/06 30/09 e 31/12	10	N	3	3
5.2.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	ottimizzazione offerte servizi di front office	Ottimizzazione dell'offerta del servizio del front office per le esigenze aziendali/realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica	Realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica entro il 30/06/2023	UOC Amministrativa Cure Primarie	10	gg	0	60
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	4	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC SISP - Servizio Igiene e Sanità pubblica
AAPPREPRE0101
Leonardo Saul Torchia



Il Direttore di UOC
Leonardo Saul Torchia

UOC SISP - Servizio Igiene e Sanità pubblica

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Aldo Benevelli

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.12.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione dei servizi al cittadino: campagna vaccinale	Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni (o residenti target individuati dal piano influenzale)	Dip. Prevenzione	15	%	85	50
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	10	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC SISP - Servizio Igiene e Sanità pubblica

AAPPREPRE0101

Leonardo Saul Torchia



Il Direttore di UOC
Leonardo Saul Torchia

UOC SISP - Servizio Igiene e Sanità
pubblica

Il Direttore di Dipartimento

Aldo Benevelli

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.14.1	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	Migliorare le modalità di pagamento delle prestazioni relative alla vaccinazioni.	Consentire entro il 30/09/2023 il pagamento delle vaccinazioni tramite il sistema PAgoPA	Dip. Prevenzione	10	€€	0	90
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.24.1	Governo clinico	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	Effettuazione dei controlli previsti da Regione Lazio	Raggiungimento degli obiettivi relativi ai controlli programmati entro il 30/11	Dip. Prevenzione	15	€€	0	30
4.25.1	Governo clinico	Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2023 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022	Trasmissione a Regione Lazio entro il 31.10.23 della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2023, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale	Share Doc	15	€€	0	30
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	€€	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	10	1) % 2) Si / No	95	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC SISIP - Servizio Igiene e Sanità pubblica

AAPPREP0101

Leonardo Saul Torchia

Il Direttore di UOC
Leonardo Saul Torchia

UOC SISIP - Servizio Igiene e Sanità
pubblicaIl Direttore di Dipartimento
Aldo Benevelli

P.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgori

Il Direttore Generale
Francesca Milito

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	10	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



UNITA' SANITARIA REGIONALE

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD Screening, Promozione della Salute

AAPPREP210101

Maria Rita Novello



Il Dirigente Responsabile UOSD

Maria Rita Novello

Il Direttore di Dipartimento

Aldo Benevelli

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Minto

NEGOZIATORE UOSD Screening, Promozione della Salute

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.22.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Screening	TRE CORSI DEDICATI ALL'UMANIZZAZIONE DELLA COMUNICAZIONE	Effettuazione di tre corsi dedicati al personale interno, finalizzato al miglioramento dell'umanizzazione della comunicazione	UOS Formazione	10	N	3	2
2.22.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Favorire momenti di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sull'importanza delle campagne di screening	Garantire la presenza in manifestazioni pubbliche organizzate da altri o organizzare eventi formativi / informativi sulle campagne screening.	Relazione a DS e CDG	10	N	6	4
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	5	%	100	95
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolti dai coordinatori	5	%	100	80



UNITA' SANITARIA REGIONALE

Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOSD Screening, Promozione della Salute
AAPPREP210101
Maria Rita Noviello



Il Dirigente Responsabile UOSD
Maria Rita Noviello

Il Direttore di Dipartimento
Aldo Benevelli

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Mito

NEGOZIATORE UOSD Screening, Promozione della Salute

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.15.12	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Offerta del test di screening HCV	n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) - (inclusi STP) contattate per l'offerta del test di screening con reflex testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2023 all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) * 100	sipso	10	%	80	60
4.15.13	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Esecuzione del test di screening HCV	Esecuzione del Test screening HCV ai pazienti fragili in carico ai SERD / pazienti fragili in carico ai SERD (il SERD entro il 15/07 deve trasmettere, previa validazione della UOSD Screening, al CDG il numero dei pazienti fragili in carico)	sipso	5	%	70	50
4.15.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore della mammella	% di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	sipso	5	%	60	35
4.15.3	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	N. di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target/ n. test previsti (50-74 anni)	sipso	5	%	50	25
4.15.4	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dallo screening	sipso	10	%	90	50
4.15.5	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 30 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello	sipso	10	%	90	50
4.15.6	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening della cervice	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	sipso	5	%	40	25

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOSD Screening, Promozione della Salute
AAPPREP210101
Maria Rita Noviello



Il Dirigente Responsabile UOSD

Maria Rita Noviello

Il Direttore di Dipartimento

Aldo Benevelli

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

Data

NEGOZIATORE UOSD Screening, Promozione della Salute

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	5	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT / UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA

AATDSMDSM1001

Giampaolo Imparato



Il Direttore di UOC
Giampaolo Imparato

Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

P.D.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

Data

NEGOZIATORE UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.15.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Disturbi alimentari	Accesso alle cure presso "La Casa di Alice" centro per il trattamento per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) del DSM, di Minori a rischio per ,o affetti da DCA	Valutazioni specialistiche per minori effettuate presso la "Casa di Alice" dal personale dedicato della UOC TSRMEE N prestazione erogate valutazione del dipartimento ottimo 100% discreto 90% sufficiente 70% insufficiente non raggiunge	Cartella Clinica in attesa di sistema informativo dedicato	20	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



UNITA' SANITARIA LOCALE

Macrostruttura:

CdR

UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA

AATDSMDSM1001



Direttore/Resp:

Giampaolo Imparato

Il Direttore di UOC
Giampaolo Imparato

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.2.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: accesso ai servizi del TSRMEE	Definizione di una procedura per la creazione di una lista di attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi presso il TSMREE	Adozione della determinazione di presa d'atto della procedura entro il 30.04.2023 - apertura agende di continuità entro il 31.07.2023	Validazione procedura	20	SI/NO	2	1
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolti dai coordinatori	2	%	100	80
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	14	1) % 2) Si / No	95	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA

AATDSMDSM1001

Giampaolo Imparato



Il Direttore di UOC
Giampaolo Imparato

Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

P.D.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milib

NEGOZIATORE

UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60
5.8.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa riabilitazione strutture accreditate	Lista di attesa per la presa in carico nei centri accreditati di riabilitazione (Ex Art.26) del Territorio della AslRoma3 in collaborazione con la UOSD Disabili Adulti	Realizzazione della procedura per l'inserimento delle richieste nella lista d'attesa per l'accesso ai trattamenti - Relazione trimestrale UOC 30/11	Share Doc	20	N	1	1

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC SALUTE DIPENDENZE

AATDSMDSM2301

Giuseppe Anastasi



Il Direttore di UOC
Giuseppe Anastasi

Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC SALUTE DIPENDENZE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	15	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	10	%	100	70
2.4.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Miglioramento della qualità organizzativa dei servizi/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti D.U.S.	/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti con D.U.S. entro 30/06	Relazione alla Direzione DSM e del CDG	15	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC SALUTE DIPENDENZE

AATDSMDSM2301

Giuseppe Anastasi



Il Direttore di UOC
Giuseppe Anastasi

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC SALUTE DIPENDENZE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	10	%	100	95
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.15.13	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Esecuzione del test di screening HCV	Esecuzione del Test screening HCV ai pazienti fragili in carico ai SERD / pazienti fragili in carico ai SERD (il SERD entro il 15/07 deve trasmettere, previa validazione della UOSD Screening, al CDG il numero dei pazienti fragili in carico)	sipso	5	%	70	50
4.17.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: dipendenze	Miglioramento della ritenzione al trattamento al fine di portare sotto la soglia del 55,8% (dato nel 2019) rispetto alla percentuale drop out del 63,5% del 2021 dei pazienti con problematiche legate al consumo di alcol e/o cocaina	Completamento del percorso valutativo degli accessi per disturbi da uso di cocaina e/o alcol compresi tre il 01/01 ed il 30/06/2023	Analisi delle Cartelle cliniche	20	%	55,8	63,5

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC SALUTE DIPENDENZE
AATDSMDSM2301
Giuseppe Anastasi



Il Direttore di UOC
Giuseppe Anastasi

Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

P.R.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC SALUTE DIPENDENZE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	10	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

JOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

AATDSMDSM0700



Direttore/Resp:

Piero Petrini

Il Direttore di UOC

Piero Petrini

Il Direttore di Dipartimento

Simona De Simone

D.P.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

NEGOZIATORE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.	SIO	5	%	100	82

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

JOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

AATDSMDSM0700

Piero Petrinì



Il Direttore di UOC

Piero Petrinì

Il Direttore di Dipartimento

Simona De Simone

p.p.v.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Millo

UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a Cdg e Direzione Strategica	5	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	5	%	100	60
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

JOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

CdR

AATDSMDSM0700

Direttore/Resp:

Piero Petrinì



Il Direttore di UOC

Piero Petrinì

Il Direttore di Dipartimento

Simona De Simone

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Mito

UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

Data

NEGOZIATORE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	10	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	10	N	2	2
4.7.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa attraverso la formazione degli operatori sanitari finalizzati al diminuzione degli atti aggressivi	Decremento degli atti aggressivi del 10% rispetto al 2022	Risk Management	10	%	100	95
4.7.2	Governo clinico	Implementazione dei servizi al cittadino: Day Hospital	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa del numero di prestazioni in DH SPDC P.O. GRASSI e DH SPDC San Camillo	Incremento delle prestazioni di DH del 10%	Disamm web	15	%	100	90
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	GG	0	30

IN ASSELU
DI SCOUT
E COUNCIL
SI RICHIEDO
DI PIA
INFORMAZIONE
E COUNCIL

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

JOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA
AATDSMDSM0700
Piero Petrinì



Il Direttore di UOC
Piero Petrinì

UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA

Il Direttore di Dipartimento
Simona De Simone

p.p.v.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Millo

NEGOZIATORE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

Dipartimento Chirurgia
AAOPOGDCH0000



Il Direttore di Dipartimento
Andrea Niutta

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE Dipartimento Chirurgia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	ES	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	2	%	100	70
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:Dipartimento Chirurgia
AAOPOGDCH0000Il Direttore di Dipartimento
Andrea NilittaIl Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE Dipartimento Chirurgia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	10	%	90	60
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura come nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	10	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	2	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	GG	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	6	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ostetricia e Ginecologia

AAOPOGDCH0901

Mario Ciampelli

Il Direttore di UOC
Mario Ciampelli

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

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nijutta

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC Ostetricia e Ginecologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoiazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	7	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	5	gg	0	15
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



COSTITUISCE SANITARI E RELAZIONE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ostetricia e Ginecologia

AAOPOGDCH0901

Mario Ciampelli

Il Direttore di UOC
Mario Ciampelli

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

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Mutta

P.D.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Mito

NEGOZIATORE UOC Ostetricia e Ginecologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022) * 100$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.	SIO	5	%	100	82
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a CdG e Direzione Strategica	4	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovrappioppamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management; il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	4	%	100	60
2.35.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: monitoraggio Parti Cesarei	Valutazione esiti: Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la donna e per il bambino	N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali $>1000 = 25\%$; $<1000 = 15\%$	Direzione Medica POU - P.Re.Val.E.	15	%	100	85



CONTINUA SANITARIA E UGUALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ostetricia e Ginecologia

AAOPOGDCH0901

Mario Ciampelli

Il Direttore di UOC
Mario Ciampelli

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

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nijuta

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC Ostetricia e Ginecologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.36.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti alla valorizzazione delle attività consultoriali di accompagnamento alla nascita	Corsi trimestrali per le donne dalla 13 alla 22 settimana, finalizzati a conoscere il percorso nascita e i corretti stili di vita in gravidanza, organizzati in una visione integrata ospedale - territorio, area litorale.	Relazione UOC Ginecologia / UOC Cure Primarie	4	N	3	3
2.36.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti all'incremento del numero dei parti	4 open day con mamme, dedicati a gravidanza, parto e gestione del neonato organizzati in una visione integrata ospedale - territorio - Municipio X e Fiumicino	Relazione UOC Ginecologia / UOC Cure Primarie	4	SI/NO	1	0
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria; => 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	4	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80



ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ostetricia e Ginecologia

AAOPOGDCH0901

Mario Ciampelli



REGIONE
LAZIO

Il Direttore di UOC
Mario Ciampelli

ASL ROMA 3
PEDALE G.B. GRASSI
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dr. Mario Ciampelli

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nitti

p.p.v.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesco Milito

NEGOZIATORE

UOC Ostetricia e Ginecologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorit� A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	5	%	90	60
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualit� dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	4	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalit� di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	2	N	2	2
4.8.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: procedure e protocolli	Percorso basso rischio ostetrico	Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ad esclusiva responsabilit� dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio. Scadenza 31/03/2023	Relazione a DS CdG	2	GG	0	60
4.8.8	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: procedure e protocolli	Nuove modalit� induzione travaglio	Elaborazione di protocollo su revisione delle indicazioni al travaglio / parto e nuove modalit� organizzative. Scadenza 31/05/2023	Relazione a DS CdG	3	GG	0	30
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilit� ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unit� operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	GG	0	30



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC Ostetricia e Ginecologia
AAOPGDCH0901
Mario Ciampelli



ASL ROMA 3
HOSPEDALE G.B. GRASSI
Il Direttore di UOC
Mario Ciampelli
DIRETTORE
UOC Ostetricia e Ginecologia
Dr. Mario Ciampelli

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nietta

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC Ostetricia e Ginecologia

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	4	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC Chirurgia Generale
AAOPOGDCH0101
Gianluca Mazzoni



Il Direttore di UOC
Gianluca Mazzoni

D.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nutta

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC Chirurgia Generale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	5	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo, (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	5	gg	0	15
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sui secondi semestri dei due anni.	SIO	5	%	100	82
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2



UNITÀ SANITARIA REGIONALE

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Chirurgia Generale

AAOPOGDCH0101

Gianluca Mazzoni

Il Direttore di UOC
Gianluca MazzoniP.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Andrea NiuittaIl Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Millo

NEGOZIATORE

UOC Chirurgia Generale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a Cdg e Direzione Strategica	10	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	10	%	100	60
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ; >= 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	5	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni quadrimestrali svolti dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	5	%	90	60



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC Chirurgia Generale
AAOPOGDCH0101
Gianluca Mazzoni



Il Direttore di UOC
Gianluca Mazzoni

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Andrea Niutta

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC Chirurgia Generale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.16.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: chirurgia a ciclo breve	Riattivazione Chirurgia a ciclo breve	Predisposizione, entro 31/03/2023, proposta di riorganizzazione del servizio finalizzata all'apertura entro il 30/06/2023. Individuazione delle maggiori risorse necessarie e dei benefici attesi in termini di ricavi e di appropriatezza delle cure.	Nota Direttore UOC Chirurgia, validata dal Direttore di Dipartimento	5	gg	0	30
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	5	%	95	85
4.21.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: pazienti chirurgici complessi	Presa in carico/percorso agevolato del paziente chirurgico "complesso" dal territorio(MMG) agli ambulatori di Chirurgia	Numero di paziente presi in carico / numero di richieste >80%	Relazione a DS CdG	5	%	80	60
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC Chirurgia Generale
AAOPOGDCH0101
Gianluca Mazzoni



Il Direttore di UOC
Gianluca Mazzoni

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nutta

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Militi

NEGOZIATORE UOC Chirurgia Generale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023

Macrostruttura:
CdRUOC Ortopedia e Traumatologia
AAOPOGDCH0701

Direttore/Resp:

Matteo Troiano

Il Direttore di UOC
Matteo TroianoIl Direttore di Dipartimento
Andrea Nutti

P.D.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milto

NEGOZIATORE UOC Ortopedia e Traumatologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	5	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	5	gg	0	15
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ortopedia e Traumatologia

AAOPOGDCH0701

Matteo Troiano

Il Direttore di UOC
Matteo TroianoIl Direttore di Dipartimento
Andrea Nitti

P.D.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Millo

NEGOZIATORE UOC Ortopedia e Traumatologia

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula $= 1 - (dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / (dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.	SIO	5	%	100	82
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a CdG e Direzione Strategica	8	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	5	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023


 ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ortopedia e Traumatologia

AAOPOGDCH0701

Matteo Troiano


 REGIONE
LAZIO

 Il Direttore di UOC
Matteo Troiano

 Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nutti

p.d.v.

 Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

 Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC Ortopedia e Traumatologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.37.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: frattura collo Femore	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal primo accesso nella struttura di ricovero	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; $\geq 0,6$ (60%)	P.Re.Val.E. SIO	15	%	65	55
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria $\geq 0,8$ (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	2	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	8	%	90	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Ortopedia e Traumatologia

AAOPOGDCH0701

Matteo Troiano

Il Direttore di UOC
Matteo TroianoIl Direttore di Dipartimento
Andrea Nutta

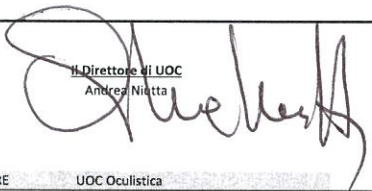
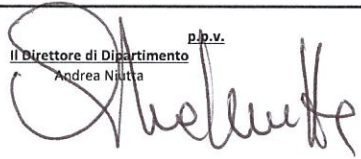
p.p.v.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC Ortopedia e Traumatologia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	8	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	GG	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	4	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023									
 ASL ROMA 3		Macrostruttura: CdR Direttore/Resp:		UOC Oculistica AAOPOGDCH0501 Andrea Niuitta		 REGIONE LAZIO			
 Il Direttore di UOC Andrea Niuitta		 Il Direttore di Dipartimento Andrea Niuitta		 Il Direttore Sanitario Daniela Sgroi		 Il Direttore Generale Francesca Milino			
NEGOZIATORE		UOC Oculistica		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	15	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	15	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	15	gg	0	15
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



ISTITUTO SPEDIZIONE REGIONALE

Macrostruttura:

CdR

UOC Oculistica

AAOPOGDCH0501



Direttore/Resp:

Andrea Niutta

Il Direttore di UOC
Andrea NiuttaIl Direttore di Dipartimento
Andrea Niutta

P.R.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Muro

NEGOZIATORE

UOC Oculistica

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	10	%	90	60
4.18.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: gestione cronicità	Incremento prestazioni ambulatoriali pomeridiani a pazienti Diabetici	Apertura ambulatori pomeridiani entro 30/06/2023	SIAS	10	GG	0	90

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Oculistica
AAOPOGDCH0501

Andrea Niutta

REGIONE
LAZIOIl Direttore di UOC
Andrea NiuttaIl Direttore di Dipartimento
Andrea Niutta

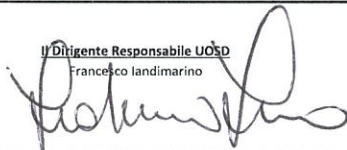
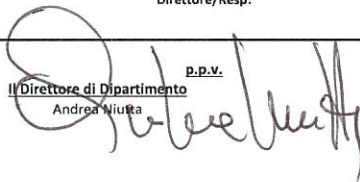
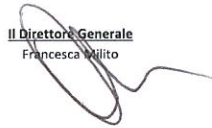
p.p.v.

Il Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC Oculistica

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SOURCE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023									
 UNITÀ PSA - AREA LAVORO REGIONALE ASL ROMA 3		Macrostruttura: CdR Direttore/Resp:		UOSD Anestesia AAOPOGDCH0201 Francesco Iandimarino					
Il Dirigente Responsabile UOSD Francesco Iandimarino 		Il Direttore di Dipartimento Andrea Miutta 		Il Direttore Sanitario Daniela Sgroi 		Il Direttore Generale Francesca Milito 			
NEGOZIATORE		UOSD Anestesia		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	5	gg	0	15
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD Anestesia

AAOPOGDCH0201

Francesco Iandimarino



Il Dirigente Responsabile UOSD
Francesco Iandimarino

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Nijutta

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Mito

NEGOZIATORE UOSD Anestesia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.37.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Valutazione esiti: frattura collo Femore	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal primo accesso nella struttura di ricovero	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; $\geq 0,6$ (60%)	P.Re.Val.E. SIO	32	%	65	55
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	30	%	90	60
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	GG	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

UOSD Anestesia
AAOPOGDCH0201



Direttore/Resp:

Francesco Iandimarino

Il Dirigente Responsabile UOSD
Francesco Iandimarino

Il Direttore di Dipartimento
Andrea Niuitta

p.p.v.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOSD Anestesia

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



UNITA' SANITARIA REGIONALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD Otorino e Patologie del Cavo Orale

AAOPOGDCH0712

Roberto Morello



AZIENDA ASL ROMA 3
 OSPEDALE P.O. / ASL / CPC
 UO Otorino
 Dott. Roberto Morello
 2030001013806003

Il Dirigente Responsabile UOSD
 Roberto Morello

ASL ROMA 3
 Ospedale P.O. / ASL / CPC
 Dipartimento di Chirurgia
 Direttore Dr. Andrea Niuatta
 2030001013401530

Il Direttore di Dipartimento
 Andrea Niuatta

Il Direttore Sanitario
 Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
 Francesca Milito

NEGOZIATORE UOSD Otorino e Patologie del Cavo Orale

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	5	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	10	%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU	15	gg	0	15

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

UOSD Otorino e Patologie del Cavo Orale

AAOPOGDCH0712



Direttore/Resp:

Roberto Morello

ASL ROMA 3
AZIENDA ASL ROMA 3
OSPEDALE G. B. GRASSI / CPC
UOSD Otorino e Patologie del Cavo Orale
Il Dirigente Responsabile UOSD
Dott. Roberto Morello
2030001013806003

ASL ROMA 3
Ospedale G. B. Grassi
UOSD Otorino e Patologie del Cavo Orale
Il Direttore di Dipartimento
Dott. Dr. Andrea Niutta
203001013401530

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

Data

NEGOZIATORE

UOSD Otorino e Patologie del Cavo Orale

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	10	%	90	60
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note CdG	8	%	100	60
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie	5	%	100	85
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

Dipartimento DSE - dei Servizi
AAOPOGSE0001

Roberta Di Turi



Il Direttore di UOC
Roberta Di Turi

Il Direttore di Dipartimento
Roberta Di Turi

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

Dipartimento DSE - dei Servizi

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni quadrimestrali svolte dai coordinatori	5	%	100	80
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	10	1) % 2) SI / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RPCT (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Totale complessivo

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Dipartimento DSE - dei Servizi

AAOPOGDSE0001

Direttore/Resp:

Roberta Di Turi



Il Direttore di UOC

Roberta Di Turi

Il Direttore di Dipartimento

Roberta Di Turi

D.P.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE

Dipartimento DSE - dei Servizi

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	10	GG	30	60
1.8.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mens.) e Dispositivi Medici (trimestrale)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	farmacia	25	N	23	24
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.10.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Riduzione della spesa farmaceutica pro-capite convenzionata	Spesa distrettuale pro-capite 2022 / Spesa distrettuale pro-capite 2021 - Spesa media pro capite come da indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	Relazioni trimestrali in ordine alle riunioni e alla corrispondenza con Direttori di Distretto e prescrittori	20	N	4	3
2.5.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	Sviluppo di una Istruzione Operativa come modalità di attivazione, verifica e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza in caso di Alert	produzione ed invio al Risk Management e al CDG dell'istruzione operativa entro il 31/07/2023	Diffusione istruzione operativa	20	GG	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC Farmacia ospedaliera
AAOPOGDSE1000
Roberta Di Turi



Il Direttore di UOC
Roberta Di Turi

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Roberta Di Turi

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Minto

NEGOZIATORE UOC Farmacia ospedaliera

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.13.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Collaborazione con la Uoc Approvvigionamenti, e con la Uosd Affari Generali alla corretta elaborazione dei flussi dei contratti. Scarti >5%	SIGES	5	%	95	90
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.8.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mens.) e Dispositivi Medici (trimestrale)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	farmacia	15	N	28	24
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.25.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	monitoraggio del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti gli ordini di soluzione per ogni U.O.	Trasmissione Report a Strutture e Risk Manager	10	N	4	4
2.31.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità dell'assistenza: monitoraggio impiantabili cardiologici	Valutazioni HTA DM cardiologici impiantabili	Report semestrali di consumi /ricavi DRG ed evidenza eventuali criticità da superare	AREAS	15	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Farmacia ospedaliera

AAOPOGDE1000

Roberta Di Turi



Il Direttore di UOC

Roberta Di Turi

Il Direttore di Dipartimento

Roberta Di Turi

P.D.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgron

Il Direttore Generale

Francesca Minto

NEGOZIATORE

UOC Farmacia ospedaliera

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	10	%	100	80
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	10	%	100	70
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	5	%	100	80
4.5.1	Governo clinico	Erogazione farmaci: controllo e monitoraggio	Antibiotico terapia - Monitoraggio del consumo e dell'appropriatezza delle prescrizioni territoriali e ospedaliere (popolazione generale e pediatrica)	N. 3 Report trimestrali da inviare al Dipartimento dei Servizi e p.c. Direzione Sanitaria e Uos Controllo di Gestione	TS MEF	10	N	3	2
5.3.2	Oggettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	5	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Macrostruttura:

CdR

UOC Farmacia ospedaliera

AAOPOGDSE1000

Direttore/Resp:

Roberta Di Turi



Il Direttore di UOC

Roberta Di Turi

Il Direttore di Dipartimento

Roberta Di Turi

P.D.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Millo

NEGOZIATORE

UOC Farmacia ospedaliera

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023

Macrostruttura:
CdR

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

AAOPGDEA0406



Oscar Tommasini

ASL ROMA 3
Direttore D.E.A.
Dr. Giulio Maria Ricciardi
Il Direttore di Dipartimento
Giulio Maria Ricciardi

Il Direttore di UOC
Oscar Tommasini

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SIMED	10	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

AAOPOGDEA0406

Oscar Tommasini



Il Direttore di UOC
Oscar Tommasini

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

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	4	%	100	80
4.15.15	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dallo screening di primo livello. Osservato nel periodo dal 01.09 al 31.12.2023	sipso	15	0	0	0

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



2030001019905876
E MEDICINA D'URGENZA
DIRETTORE U.O.C. PRONTO SOCCORSO
Dr. Giulio Maria Ricciuto

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA

AAOPOGDEA0202

Giulio Maria Ricciuto



Il Direttore di UOC
Giulio Maria Ricciuto

Il Direttore di Dipartimento
Giulio Maria Ricciuto

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA
D'EMERGENZA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2



SISTEMA DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE AZIENDALI

ASL ROMA 3

2030001019905876
E MEDICINA D'URGENZA
DIRETTORE U.O.C. PRONTO SOCCORSO
Dr. Giulio Maria Ricciuto

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA

AAOPGDEA0202

Giulio Maria Ricciuto



Il Direttore UOC
Giulio Maria Ricciuto

Il Direttore di Dipartimento
Giulio Maria Ricciuto

D.P.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA
D'EMERGENZA

NEGOZIATORE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	10	%	100	99
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	10	%	100	60
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	6	SI/NO	1	0
2.7.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: Radiologia	Definizione protocolli radiologici di emergenza: - Politrauma - Ictus- Dolore Toracico	Validazione entro il 30/06/2023 indicatori successivi	Controllo di gestione RIS-PACS e GIPSE	20	gg	0	60

AZIENDA ASL ROMA 3
SPEDIZIONE IN A.B. DA 100% A.C. 100%
Dr. Giulio Maria Ricciuto
DIRETTORE U.O.C. PRONTO SOCCORSO
E MEDICINA D'URGENZA
2011/2012 19905876

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA

AAOPOGDEA0202

Giulio Maria Ricciuto



P.P.V.

Il Direttore di Dipartimento
 Giulio Maria Ricciuto

Il Direttore Sanitario
 Daniela Sgrò

Il Direttore Generale
 Francesca Minto

UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA
 D'EMERGENZA

NEGOZIATORE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.19.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: OBI	Valorizzazione dell'attività di OBI nella sicurezza di dimissione e appropriatezza di ricovero	Pazienti inseriti in OBI/accessi totali al PS X 100 Valore atteso <10% valore minimo accettabile > 5% Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI x 100 valore atteso < 20% Valore Minimo Accettabile > 30%	GIPSE	10	%	<10	>5
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
4.4.2	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti accesso pronto soccorso	Elaborare una procedura per regolamentare l'accesso dei soggetti fragili con accompagnatore	Redazione della procedura entro il 31/03/2023	Relazione a DG, DS, DMP e CdG	5	GG	0	30
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	GG	0	30



AZIENDA ASL ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI
Dr. Giulio Maria Ricciuto

Macrostruttura:

CdR

C PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'EMERGENZA

AAOPOGDEA0202

Direttore/Resp:

Giulio Maria Ricciuto



DIRETTORE U.O.C. PRONTO SOCCORSO
E MEDICINA D'URGENZA
Dr. Giulio Maria Ricciuto
1019905876

Il Direttore di UOC
 Giulio Maria Ricciuto

D.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
 Giulio Maria Ricciuto

Il Direttore Sanitario
 Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
 Francesca Milito

NEGOZIATORE
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA
D'EMERGENZA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:UOC CARDIOLOGIA
AAOPOGDME0501
Fabrizio AmmiratiIl Direttore di UOC
Fabrizio AmmiratiP.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio AmmiratiIl Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC CARDIOLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SISTEMI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	5	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	8	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sui secondi semestri dei due anni.	SIO	5	%	100	82



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:UOC CARDIOLOGIA
AAOPOGDME0501
Fabrizio AmmiratiIl Direttore di UOC
Fabrizio AmmiratiP.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio AmmiratiIl Direttore Sanitario
Daniela SgroiIl Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE UOC CARDIOLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SOURCE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	4	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	10	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a Cdg e Direzione Strategica	10	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	10	%	100	60
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC CARDIOLOGIA
AAOPOGDME0501
Fabrizio Ammirati



Il Direttore di UOC
Fabrizio Ammirati

P.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Minfo

NEGOZIATORE UOC CARDIOLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio in appropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ;=> 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	5	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.R.G.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT	5	%	90	60
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni feriali e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	5	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	2	N	2	2
5.1.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Accessibilità ai servizi: processi di digitalizzazione	Educazione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, cardiopatia ischemica post infartuale o alterazioni del ritmo cardiaco con device impiantabili seguiti attraverso il telemonitoraggio all'utilizzo dei sistemi di sanità digitale	Somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Esito positivo superiore al 50%	Relazione a DS CdG	5	%	50	40

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC CARDIOLOGIA
AAOPOGME0501
Fabrizio Ammirati



Il Direttore di UOC
Fabrizio Ammirati

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

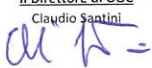
Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Millo

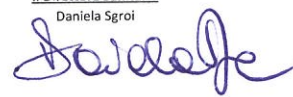
NEGOZIATORE UOC CARDIOLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Raccordo Stakeholder-utenza: carta dei servizi	Redazione della Carta dei Servizi della UOC di Cardiologia	Elaborazione della carta dei servizi entro il 30/06/2023	Trasmissione a DS CdG e UOS Comunicazione	3	gg	0	90
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023									
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3		Macrostruttura: CdR Direttore/Resp:		UOC MEDICINA AAOPOGDME01 Claudio Santini					
Il Direttore di UOC Claudio Santini 		Il Direttore di Dipartimento Fabrizio Ammirati 		P.D.V. Il Direttore Sanitario Daniela Sgroi 		Il Direttore Generale Francesca Milio 			
NEGOZIATORE UOC MEDICINA		Data							
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.1.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media reparto di medicina	Garantire una degenza media non superiore a 11 gg	Degenza media annua non superiore a 11 gg	SIO	20	%	100	82

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023									
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3		Macrostruttura: CdR Direttore/Resp: Claudio Santini		UOC MEDICINA AAOPOGDMED1 Claudio Santini					
<u>Il Direttore di UOC</u> Claudio Santini 		<u>Il Direttore di Dipartimento</u> Fabrizio Ammirati 		<u>Il Direttore Sanitario</u> Daniela Sgroi 		<u>Il Direttore Generale</u> Francesca Milito 			
NEGOZIATORE		UOC MEDICINA							
Data									
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a Cdg e Direzione Strategica	10	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	10	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023									
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3		Macrostruttura: CdR Direttore/Resp:		UOC MEDICINA AAOPGDM01 Claudio Santini					
Il Direttore di UOC Claudio Santini 		Il Direttore di Dipartimento Fabrizio Ammirati 		Il Direttore Sanitario Daniela Sgroi 		Il Direttore Generale Francesca Milito 			
NEGOZIATORE		UOC MEDICINA		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ;=> 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT	5	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	5	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC MEDICINA

AAOPOGDM01

Claudio Santini



Il Direttore di UOC

Claudio Santini

Il Direttore di Dipartimento

Fabrizio Ammirati

p.p.v.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Millo

NEGOZIATORE

UOC MEDICINA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC NEFROLOGIA e DIALISI
AAOPOGDME0901
Massimo Morosetti



Il Direttore di UOC
Massimo Morosetti

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milto

NEGOZIATORE UOC NEFROLOGIA e DIALISI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	10	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - dm23 * 5 / 100) / dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sui secondi semestri dei due anni.	SIO	5	%	100	82



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC NEFROLOGIA e DIALISI
AAOPOGME0901
Massimo Morosetti



Il Direttore di UOC
Massimo Morosetti

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milite

NEGOZIATORE UOC NEFROLOGIA e DIALISI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	4	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a Cdg e Direzione Strategica	9	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed managment: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	9	%	100	60
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC NEFROLOGIA e DIALISI
AAOPOGDME0901
Massimo Morosetti



Il Direttore di UOC
Massimo Morosetti

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milio

NEGOZIATORE UOC NEFROLOGIA e DIALISI

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ;=> 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	10	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni feriali e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	10	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC PEDIATRIA
AAOPOGDME10
Anna Maria Zingoni



Il Direttore di UOC f.f.
Anna Maria Zingoni

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC PEDIATRIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	5	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula $= 1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sui secondi semestri dei due anni.	SIO	5	%	100	82
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumo di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	2	N	2	2



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC PEDIATRIA
AAOPOGDME10
Anna Maria Zingoni



Il Direttore di UOC f.f.
Anna Maria Zingoni

P.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

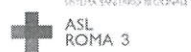
Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC PEDIATRIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	5	%	100	99
2.28.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL pari almeno al 35% nel primo semestre e al 50% nel secondo semestre	media - Tasso occupazione PL 1 semestre $\geq 35\%$ + Tasso occupazione PL 2 semestre $\geq 50\%$	Rad - R	15	%	35 / 30	50 / 45
2.29.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore DEA con i dati per settimana a CdG e Direzione Strategica	5	%	70	40
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio	10	%	100	60
2.33.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità ed equità dell'assistenza: omogeneità assistenza	Miglioramento dell'omogeneità dell'assistenza	Produzione di procedure, linee guida percorsi assistenziali entro il 30/06/2023	Relazione a DS CdG	7	gg	0	60



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC PEDIATRIA
AAOPOGDME10
Anna Maria Zingoni



Il Direttore di UOC f.f.
Anna Maria Zingoni

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC PEDIATRIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezioni attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ;>= 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT SOSTITUIRE ADT con RAD-r	5	%	80	69
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	5	%	95	85
4.22.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: percezione utenza e personale	Miglioramento della qualità percepita dall'utenza e del grado di soddisfazione professionale degli operatori	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG	3	N	3	2
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC PEDIATRIA
AAOPOGDME10
Anna Maria Zingoni



Il Direttore di UOC f.f.
Anna Maria Zingoni

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC PEDIATRIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Totale complessivo



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC RIABILITAZIONE e CENTRO SPINALE

AAOPOCDME0801

Cristina Spandonaro



Il Direttore di UOC:

Cristina Spandonaro

p.p.v.

Il Direttore di Dipartimento

Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC RIABILITAZIONE e CENTRO SPINALE

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022 <i>(solo cod. 28)</i>	risponde alla formula = $1 - ((dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022 * 100)$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.	SIO	10	%	100	82
2.20.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : riabilitazione	Aumento del Turn-over delle degenze anche mediante l'incremento delle prestazioni riabilitative in DH	N. accessi in regime DH cod. 28 e cod. 56 > 80 al mese	Schede Rad-r	10	%	100	80
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	5	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	10	%	100	99
2.28.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL cod. 56 pari almeno al 75% nel primo semestre e all'85% nel secondo semestre	Media - Tasso occupazione PL 1 semestre >= 75% + Tasso occupazione PL 2 semestre >= 85%	Rad - R	15	%	75 - 85	70 - 80



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC RIABILITAZIONE e CENTRO SPINALE
AAOPOCDME0801
Cristina Spandonaro



Il Direttore di UOC f.f.
Cristina Spandonaro

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Annirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milto

Data

NEGOZIATORE

UOC RIABILITAZIONE e CENTRO SPINALE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziare di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOC RIABILITAZIONE e CENTRO SPINALE
AAOPOCDME0801
Cristina Spandonaro



Il Direttore di UOC f.f.
Cristina Spandonaro

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Ammirati

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milio

Data

NEGOZIATORE

UOC RIABILITAZIONE e CENTRO SPINALE

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	5	%	95	85
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	3	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD GASTROENTEROLOGIA

AAOPOGDME17

Maria Grazia Mancino



Il Dirigente Responsabile UOSD

Maria Grazia Mancino

Il Direttore di Dipartimento

Fabrizio Ammirati

p.p.v.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Millo

NEGOZIATORE UOSD GASTROENTEROLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziato di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
2.16.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino: endoscopia e gastroenterologia	Apertura percorso interno per i medici degli ambulatori del Grassi per inserire pazienti che necessitano di esami endoscopici e visite gastroenterologici	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	SIAS	10	gg	0	30
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	5	SI/NO	1	0

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOSD GASTROENTEROLOGIA
AAOPGDME17

Maria Grazia Mancino



Il Dirigente Responsabile UOSD
Maria Grazia Mancino

Il Direttore Dipartimento
Fabrizio Ammirati

P.D.V.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milino

NEGOZIATORE UOSD GASTROENTEROLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.15.14	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 25 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello- osservati nel 2° semestre 2023	sipso	9	%	90	70
4.15.8	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	Garantire 1.100 prestazioni, di pazienti inviati dalla competente UOSD Screening	sipso	9	%	100	80
4.20.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: oncologia	Apertura ambulatorio II Liv. Dedicato ai pazienti con problematiche di oncologia digestiva, inclusi pazienti con tumori neuroendocrini e del tratto epatobiliopancreatico	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	SIAS	12	gg	0	30
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note CdG	5	%	100	60
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	8	N	2	2

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 3

Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOSD GASTROENTEROLOGIA
AAOPOGDME17

Maria Grazia Mancino



Il Dirigente Responsabile UOSD
Maria Grazia Mancino

Il Direttore di Dipartimento
Fabrizio Giammirati

p.p.v.

Il Direttore Sanitario
Daniela Sgroi

Il Direttore Generale
Francesca Milio

NEGOZIATORE UOSD GASTROENTEROLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SOURCE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
4.7.3	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Istituire periodici incontri tra personale medico e infermieristico al fine di garantire la qualità dell'assistenza	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG	5	N	3	2
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima compete il monitoraggio delle azioni correttive)	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie	10	%	100	85
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di ritardo o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60



UNITÀ SANITARIA LOCALE
ASL
ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD NEONATOLOGIA

AAOPOGDME15

Maria Letizia Fiorenza



Il Dirigente Responsabile UOSD

Maria Letizia Fiorenza

Il Direttore di Dipartimento

Fabrizio Ammirati

D.P.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE		UOSD NEONATOLOGIA		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.12.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED	5	%	90	70
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.2.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato, firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU	10	%	100	70
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS	5	%	90	70
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD NEONATOLOGIA

AAOPOGDME15

Maria Letizia Fiorenza



Il Dirigente Responsabile UOSD

Maria Letizia Fiorenza

Il Direttore di Dipartimento

Fabrizio Ammirati

D.P.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Militi

NEGOZIATORE

UOSD NEONATOLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	SIO	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - \frac{(dm23 - (dm23 * 5 / 100))}{dm2022 * 100}$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.		5	%	100	82
2.13.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : presa in carico del neonato sano.	Predisposizione percorso di presa in carico per il neonato sano.	Elaborazione documento del percorso entro il 30/06 - dimissioni entro 48 h dal parto fisiologico per almeno il 40% dei neonati nel II semestre 2023 (se il documento non è predisposto l'obiettivo non è raggiunto)	Approvazione documento entro 30 Giugno 2023 e dimissioni entro le 48h > 40%	8	%	40	30
2.25.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Trasmissione Report a Risk Manager	4	N	2	2
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report	10	%	100	99
2.33.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità ed equità dell'assistenza: omogeneità assistenza	Miglioramento dell'omogeneità dell'assistenza	Produzione di procedure, linee guida percorsi assistenziali entro il 30/06/2023	Relazione a DS CdG	15	gg	0	60
2.4.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU	2	SI/NO	1	0


 UNITÀ SANITARIA REGIONALE
 ASL
 ROMA 3

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOSD NEONATOLOGIA

AAOPOGDME15

Maria Letizia Fiorenza



Il Dirigente Responsabile UOSD

Maria Letizia Fiorenza

Il Direttore di Dipartimento

Fabrizio Ammirati

D.P.V.

Il Direttore Sanitario

Daniela Sgroi

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOSD NEONATOLOGIA

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni trimestrali svolte dai coordinatori	2	%	100	80
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura compie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	10	%	95	85
4.22.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: percezione utenza e personale	Miglioramento della qualità percepita dall'utenza e del grado di soddisfazione professionale degli operatori	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG	5	N	3	2
4.4.1	Governo clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager	5	N	2	2
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	GG	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Direzione Strategica

Funzioni di Staff Alla Direzione Generale

Funzioni di Staff Alla Direzione Sanitaria

Dipartimento Professioni Sanitarie

Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Chirurgia

Dipartimento dei Servizi

Dipartimento Emergenza e Accettazione

Dipartimento di Medicina

Dipartimento per l'Amministrazione dei Fattori Produttivi

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Approvvigionamenti

A00DAZDFP0101

Diana Pasquarelli



Il Direttore di UOC

Diana Pasquarelli

Il Direttore di Dipartimento

Giovanni Farinella

P.D.V.

Il Direttore Amministrativo

Francesca Marli

Il Direttore Generale

Francesca Marli

NEGOZIATORE

UOC Approvvigionamenti

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.1.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: piano gare	Monitoraggio tempistiche piano gare	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2024/25 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2023	Ishare doc	17	gg	0	30
1.1.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: piano gare	Rispetto delle tempistiche piano gare	N. Gare svolte secondo cronoprogramma / gare non svolte	Trasmissione quadrimestrale report a DA e CdG	17	%	80	60
1.13.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%	SIGES	5	%	95	90
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziatore di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
3.10.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: controllo casse economiche	Verifiche fisiche corretta tenuta della contabilità delle casse economiche	Due verifiche annue presso la cassa del PUO e tre verifiche a campione sulle altre casse	Relazione trimestrale a DA e CdG	10	N	5	3

1, 13.1
* Limitata -
mente alla
competenze
della UOC
Approvvigio-
namenti *

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Approvvigionamenti
A00DAZ0FP0101

Diana Pasquarelli



Il Direttore di UOC
Diana Pasquarelli

Diana Pasquarelli

Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesco Millo

Francesco Millo

NEGOZIATORE

UOC Approvvigionamenti

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	5	%	100	80
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione della certificazione del DEC (o uffici certificatori) per la congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	5	%	100	95

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Approvvigionamenti
A00DAZDFP0101

Diana Pasquarelli



Il Direttore di UOC
Diana Pasquarelli

Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

P.D.V.

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE	UOC Approvvigionamenti	Data							
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.8.2	Economico finanziari	Plani attuativi certificabilità: Riconciliazione inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	2	%	100	80
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di ritardo o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	10	%	100	60
6.1.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	UOC REF	2	%	90	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Approvvigionamenti
A00DAZDFP0101

Diana Pasquarelli



Il Direttore di UOC
Diana Pasquarelli

R.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesco Miliuto

NEGOZIATORE		UOC Approvvigionamenti		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
6.2.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse finanziate	Attuazione degli Investimenti finanziati	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	Direzione Strategica	5	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023


00199 Roma (RM) - P.le Italia 1

Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Risorse Economico Finanziarie

A00DAZDFP0301

Davide Buoncristiani


 Il Direttore di UOC
Davide Buoncristiani

 P.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

 Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

 Il Direttore Generale
Francesca Merli

NEGOZIATORE

UOC Risorse Economico Finanziarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
3.10.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: controllo casse economali	Verifiche fisiche corretta tenuta della contabilità delle casse economali	Due verifiche annue presso la cassa del PUO e tre verifiche a campione sulle altre casse	Relazione trimestrale a DA e CdG	10	N	5	3
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti / adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	20	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



ASL ROMA 3

Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Risorse Economico Finanziarie
A00DAZDFP0301

Davide Buoncristiani



Il Direttore di UOC
Davide Buoncristiani

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Merli

NEGOZIATORE

UOC Risorse Economico Finanziarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.15.1	Economico finanziari	Tempistica approvazione documenti di bilancio	Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei CE Trimestrali, Bilancio Economico 2024, Concordamento 2023, Bilancio di Esercizio 2022	Trasmissione a CdG file estratto da SIGES, nei tempi previsti da regione. (la somma dei giorni max di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentuale il risultato)	SIGES	10	GG	0	30
3.17.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: Stock di debito	Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistono debiti e crediti ultra-quinquennali - L'indicatore "i" è dato da: valore 1 - il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). "i" = 1 - dc/DCT.	Stato patrimoniale anno 2023 al 31.03.2024	10	%	95	60
3.4.2	Economico finanziari	Corretta contabilizzazione delle sopravvenienze	Elaborare mensilmente l'elenco delle sopravvenienze presenti in bilancio e trasmetterle ai relativi responsabili di Budget per la verifica di congruità	Trasmissione report mensili ai negozianti di budget con sopravvenienze contabilizzate; ricezione delle indicazioni per le scritture di utilizzo degli accantonamenti e verifica del corretto riscontro da parte delle strutture interessate.	Note UOC Ref ai negozianti (10); e riepilogo a DA e CdG nelle relazioni trimestrali	6	N	4	4
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	5	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

UOC Risorse Economico Finanziarie
A00DAZDFP0301



Direttore/Resp:

Davide Buoncristiani

Il Direttore di UOC
Davide Buoncristiani

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Millo

NEGOZIATORE

UOC Risorse Economico Finanziarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.9.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	L'indicatore di gestione della PCC ha l'obiettivo di verificare la corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte delle Aziende Sanitarie	L'indicatore "i" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. (i=PCC/STOCK); Per i >= 1 la valutazione è pari a "i" percentuale Per i > 1 la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: "i"%= (1+(1-i))/100	PCC	10	%	95	70
3.9.2	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	Predisposizioni progetto allineamento contabilità generale PCC / stock debito	Predisposizione da parte UOC Ref, di concerto con engineering entro 30/04/2023	Trasmissione progetto a Direzione Strategica, CdG	10	gg	0	60
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Risorse Economico Finanziarie
A00DAZDFP0301

Davide Buoncristiani



Il Direttore di UOC
Davide Buoncristiani

D.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Mito

Davide Buoncristiani

Giovanni Farinella

Francesca Merli

Francesca Mito

NEGOZIATORE

UOC Risorse Economico Finanziarie

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	Fonte DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio
A00DAZDFP0501

Enzo Pietropaolo



Il Direttore di UOC
Enzo Pietropaolo

D.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Milillo

NEGOZIATORE UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	5	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio

A00DAZDFP0501

Enzo Pietropaolo



Il Direttore di UOC
Enzo Pietropaolo

D.P.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.8.1	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Coordinare e gestire le linee di attività finalizzate alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	3 Relazioni trimestrali relative agli adempimenti richiesti alle strutture	Relazioni al 30/06 30/09 e 31/12	10	N	3	3
4.23.4	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisposizione di planimetria con numerazione degli ambulatori per il monitoraggio dell'occupabilità oraria con indicati macchinari presenti	Predisposizione planimetria entro il 31/03/2023, con evidenza dell'attività intramoenia	Trasmissione planimetria a CdG	5	gg	0	30
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	2	gg	0	30
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	3	1) % 2) Si / No	95	70

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio

A00DAZDFP0501

Enzo Pietropaolo



(Signature)
Il Direttore di UOC
Enzo Pietropaolo

(Signature)
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

(Signature)
Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

(Signature)
Il Direttore Generale
Francesca Merli

Data

NEGOZIATORE UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	5	%	100	60
6.1.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	UOC REF	10	%	65	50
6.2.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse finanziate	Attuazione degli investimenti finanziati	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	Direzione Strategica	10	%	100	80
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	5	%	100	80
6.4.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: Processo edilizio e informatico	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutturale	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	RUP PNRR	25	%	100	85
6.5.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Monitoraggio degli spazi di produzione	Produzione di una planimetria in formato editabile e non pubblicata nell'intranet aziendale per tutti i beni immobili della asl con segnate i numeri delle stanze con allegata tabella per cdr dei metri quadri e metri cubi	produzione di una planimetria entro il 31/03/2023	Trasmissione a CdG	5	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Sistemi ICT

A00DAZDFP080101

Matteo Montesi



Il Direttore di UOC
Matteo Montesi

P.D.V.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Milito

NEGOZIATORE		UOC Sistemi ICT		Data					
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.1.4	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contratti	Rinnovo dei contratti dell' Area ICT 30 gg prima della scadenza	N. Contratti rinnovati dopo la scadenza / numero contratti rinnovati	Relazioni mensili a DA CdG	15	%	100	95
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziante di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	15	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023

Macrostruttura:
CdRUOC Sistemi ICT
A00DAZDFP080101

Direttore/Resp:

Matteo Montesi

Il Direttore di UOC
Matteo MontesiIl Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

P.B.V.

Il Direttore Amministrativo
Francesca MediciIl Direttore Generale
Francesca Milio

NEGOZIATORE

UOC Sistemi ICT

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.4	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Monitorare, supportare, sollecitare la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate tempestivamente dal competente ufficio liquidatore	Relazioni Mensili a DA e CDG da parte degli uffici liquidatori	5	%	100	60
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	2	%	100	80
5.3.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	5	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:

CdR

Direttore/Resp:

UOC Sistemi ICT

A00DAZDFP080101

Matteo Montesi



Il Direttore di UOC
Matteo Montesi

Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

P.D.V.

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Merli

NEGOZIATORE		UOC Sistemi ICT		Data						
CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)	
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT / UOC Amm.va POU	3	1) % 2) Si / No	95	70	
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di ritardo o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	10	%	100	60	
6.1.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	UOC REF	10	%	65	50	
6.2.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse finanziate	Attuazione degli investimenti finanziati	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	Direzione Strategica	8	%	100	80	
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria	2	%	100	80	
6.4.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: Processo edilizio e informatico	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutturale	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	RUP PNRR	10	%	100	85	

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOSD Affari Generali
A00DAZDFP0901
Cristina Vio



Il Dirigente Responsabile UOSD

Cristina Vio

Il Direttore di Dipartimento

Giovanni Farinella

P.D.V.

Il Direttore Amministrativo

Francesca Meli

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE UOSD Affari Generali

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.1.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia	Monitoraggio mensile del n. dei contratti da sottoscrivere con le Società aggiudicatrici delle gare d'appalto. Raggiungimento del risultato: media % sottoscrizione n. contratti 2022 entro 30/09 + % sottoscrizione n. contratti 2023 aggiudicati entro il 30/06/2023.	Relazioni mensili a DA CdG	8	%	90	80
1.1.5	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia	Approvazione, definizione contratti standard servizi e forniture. Definizione Accordo Quadro con proposta Delibera entro 30/06	Ishare doc	7	%	90	80
1.13.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%	SIGES	10	%	95	90
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane	5	gg	30	60
1.15.7	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo etico comportamentale del personale	Aggiornamento del regolamento dei procedimenti disciplinari per il comparto e dirigenza	Approvazione delibera Regolamento procedimenti disciplinari entro 31/07/2023	Ishare doc	10	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023

Macrostruttura:
CdR

Direttore/Resp:

UOSD Affari Generali
A00DAZDFP0901

Cristina Vio



Il Dirigente Responsabile UOSD

Cristina Vio

Il Direttore di Dipartimento

Giovanni Farinella

P.D.V.

Il Direttore Amministrativo

Francesca Merli

Il Direttore Generale

Francesca Milito

NEGOZIATORE

UOSD Affari Generali

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
1.16.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Processi amministrativi di digitalizzazione: formazione	Predisposizione corsi di formazione per il personale, compresi i direttori di UOC, finalizzati al corretto uso del protocollo aziendale. Monitoraggio delle abilitazioni attive. Emanazione di linee guida.	Emanazione linee guida entro 30/04 - monitoraggio trimestrale delle abilitazioni - effettuazione corsi di formazione	Relazione quadrimestrale a DA e CdG in cui si rendicontano i tre adempimenti	5	N	3	3
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG	5	%	100	70
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione, gestione ordini NSO, apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS	5	%	100	80

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOSD Affari Generali
A00DAZDFP0901
Cristina Vio



Il Dirigente Responsabile UOSD
Cristina Vio

p.p.v.
Il Direttore di Dipartimento
Giovanni Farinella

Il Direttore Amministrativo
Francesca Merli

Il Direttore Generale
Francesca Minto

NEGOZIATORE UOSD Affari Generali

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di riallineamento della previsione.	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni) di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG	5	%	100	70
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF	15	%	100	95
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori	5	%	100	80
5.3.2	Oggettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG	3	gg	0	30

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2023



Macrostruttura:
CdR
Direttore/Resp:

UOSD Affari Generali
A00DAZDFP0901
Cristina Vio



Il Dirigente Responsabile UOSD

Cristina Vio

Il Direttore di Dipartimento

Giovanni Farinella

p.p.v.

Il Direttore Amministrativo

Francesca Merli

Il Direttore Generale

Francesca Minto

NEGOZIATORE

UOSD Affari Generali

Data

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100%)	MINIMO (0%)
5.4.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU	5	1) % 2) Si / No	95	70
5.4.3	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni ai dipendenti	Avvio / messa a regime del nuovo sito intranet	Avviare a regime entro il 30/06/2023 il sito intranet	UOSD AFFARI GENERALI	10	gg	0	30
5.6.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT	2	%	100	60

ALLEGATO C

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
1.1.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia	Monitoraggio mensile del n. dei contratti da sottoscrivere con le Società aggiudicatrici delle gare d'appalto. Raggiungimento del risultato: media % sottoscrizione n. contratti 2022 entro 30/09 + % sottoscrizione n. contratti 2023 aggiudicati entro il 30/06/2023.	Relazioni mensili a DA CdG		%	90	80
1.1.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: piano gare	Monitoraggio tempistiche piano gare	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2024/25 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2023	Ishare doc		gg	0	30
1.1.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: piano gare	Rispetto delle tempistiche piano gare	N. Gare svolte secondo cronoprogramma / gare non svolte	Trasmissione e quadrimestrale report a DA e CdG		%	80	60
1.1.4	Adempimenti amministrativi, sanitari e di	Adempimenti amministrativi: contratti	Rinnovo dei contratti dell' Area ICT 30 gg prima della scadenza	N. Contratti rinnovati dopo la scadenza / numero contratti rinnovati	Relazioni mensili a DA CdG		%	100	95

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	carattere informativo								
1.1.5	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti amministrativi: contrattualizzazione gare	Gestione dell'arretrato dei contratti relativi alle procedure sopra soglia	Approvazione , definizione contratti standard servizi e forniture. Definizione Accordo Quadro con proposta Delibera entro 30/06	Ishare doc		%	90	80
1.10.1	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	Implementazione/ristino sistema di Reporting su sito intranet.	Pubblicazioni su sito intranet di reportistica trimestrale entro 15/05,15/09, 15/11/2023	Report al CDG e DS		N	3	3
1.11.1	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: analisi dei dati di produzione	Predisporre pubblicazioni relative all'andamento della produzione	elaborare 4 relazioni entro 30/04/2023,31/07/2023,31/10/2023, 31/01/2024	Trasmission e nota a DG,DS,DA,		N	4	4
1.12.1	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Flussi informativi: digitalizzazione dei processi	Corretta gestione degli eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale	SISMED		%	90	70

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
1.13.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%	SIGES		%	95	90
1.13.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Flussi: Invio flusso Dispositivi Medici	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Collaborazione con la Uoc Approvvigionamenti, e con la Uosd Affari Generali alla corretta elaborazione dei flussi dei contratti. Scarti >5%	SIGES		%	95	90
1.14.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Negoziazione di secondo livello e performance individuale	Assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa e di performance individuale, entro 30 gg dalla negoziazione di primo livello	Trasmissione delle schede di performance organizzativa di secondo livello, assegnazione degli obiettivi di performance individuale tramite il portale unica entro 30gg	Unica - Report Risorse Umane		gg	30	60
1.15.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione nuovo regolamento relativo alla concessione dei benefici per motivi di studio ai dipendenti del comparto	Approvazione delibera entro il 30/09/2023	Ishare doc		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
1.15.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Approvazione nuovo regolamento relativo all'assegnazione degli incarichi, previsti dal nuovo CCCNL del comparto	Trasmissione alle OO.SS. entro il 31/03/2023	Ishare doc		gg	15	45
1.15.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare il funzionigramma, alla luce del nuovo atto aziendale	Presentare alla Direzione Strategica nuovo funzionigramma 45 gg dopo l'approvazione regionale dell'Atto Aziendale	Relazione alla Direzione Strategica		gg	0	30
1.15.4	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Elaborare i dati necessari all'elaborazione del Piano Azioni Positive	Fornire i dati necessari a costruire i PAP. Elaborazioni richieste / Elaborazioni trasmesse	Relazione Responsabile PAP		SI/NO	1	0
1.15.5	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Predisposizione Piano Azioni Positive	Predisposizione Piano Azioni Positive, in tempo utile per l'applicazione del PIAO	Trasmissione piano a CdG Direzione Strategica - CUG		SI/NO	1	0
1.15.6	Adempimenti amministrativi	Politiche di sviluppo e	Stesura micro organizzazione finalizzato al sistema	Collazione della micro organizzazione entro 30/11/2023	Ishare doc		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	tivi, sanitari e di carattere informativo	benessere del personale	degli incarichi del comparto (Diprosan - UOC Amm.va Cure Primarie - Dip. Fatt. Prod.)						
1.15.7	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo etico comportamentale del personale	Aggiornamento del regolamento dei procedimenti disciplinari per il comparto e dirigenza	Approvazione delibera Regolamento procedimenti disciplinari entro 31/07/2023	Ishare doc		gg	0	30
1.15.8	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Azioni finalizzate alla piena applicazione degli istituti contrattuali vigenti	Presdisposizione cronoprogramma entro il 31/03/2023 degli istituti contrattuali e monitoraggio trimestrale della relativa attuazione	Relazione CdG, DG		N	4	4
1.15.9	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Politiche di sviluppo e benessere del personale	Ottimizzazione della rilevazione presenze del personale, gestione turni e cedolini	Gestione delle Attività e messa a regime della gestione presenze, turni del Personale aziendale e cedolini del personale entro il 31.12.2023	Completo avvio al 31.12.2023		SI/NO	1	0
1.16.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di	Processi amministrativi di digitalizzazione: formazione	Predisposizione corsi di formazione per il personale, compresi i direttori di UOC, finalizzati al	Emanazione linee guida entro 30/04 - monitoraggio trimestrale delle abilitazioni - effettuazione corsi di formazione	Relazione quadrimestrale a DA e CdG in cui si rendicontino		N	3	3

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	carattere informativo		corretto uso del protocollo aziendale. Monitoraggio delle abilitazioni attive. Emanazione di linee guida.		i tre adempiment i				
1.2.1	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Completezza e qualità della cartella clinica (consenso informato , firme, timbri, sdo, presenza documento identità, rispetto dei tempi di trasmissione etc)	N. cartelle cliniche con errori di completezza e qualità dei dati rilevati / N. totale campione esaminato di cartelle	UOC DME POU		%	100	70
1.2.2	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Elaborare report trimestrali di completezza e tempestività di invio della cartella clinica	4 report trimestrali da trasmettere alle strutture al Direttore Sanitario e al CdG	UOC DME POU		N	4	4
1.2.3	Adempime nti amministra tivi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: cartella clinica	Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione	il risultato è frutto della seguente formula: 1-(valore produzione non ricosciuta*25)/valore della produzione riconosciuta *100	UOC ESIS		%	100	50

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
1.3.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Dematerializzazione e digitalizzazione degli archivi/censimento e predisposizione fascicoli per la dematerializzazione e digitalizzazione degli archivi	adempimento si /no entro il 31/10/2023	Uoc Amministrativa Dip.Prev.		GG	0	60
1.3.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Residualità ricette cartacee	Ridurre al 10% l'utilizzo di ricettario cartaceo. (dati sistema Tessera Sanitaria su consumato). Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Sistema TS		%	90	70
1.3.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adempimenti informativi sanitari: processi di digitalizzazione	Utilizzo informatico del registro di sala operatoria	Implementazione registrazione informatica, tramite SOWEB delle attività di sala operatoria, dal 15/02/2023	Direttore Medico POU		gg	0	15
1.4.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Adozione budget	Determinazione Budget e Sottoscrizione Accordo/Contratto ex art.8 quinquies D.lg. N.502/1992 e ss.mm.ii	Adozione trasmissione alla Regione Provvedimento Assegnazione Budget entro 30 gg successivi alla comunicazione del Provvedimento Regionale/sottoscrizione 98% dei contratti entro 30gg successivi alla data di caricamento degli stessi	Relazione a DS CdG		GG	0	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
1.5.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Aggiornamento Procedure e Regolamenti: Utilizzo ADT/SIO	Corretta gestione del flusso SIO. Implementazione recupero SDO in abbattimento ancora rettificabile.	Controllo relativo alle SDO con abbattimento tariffario e comunicazione alla DM POU per correzione e recupero	Relazione trimestrale DS e CdG		N	4	4
1.5.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Aggiornamento Procedure e Regolamenti: Utilizzo ADT/SIO	Corretta gestione dell'applicativo ADT in fase di accesso e movimentazione dal reparto.	Azioni richieste dalla Direzione Medica di Presidio per rimuovere le cause di scarto dei flussi / azioni correttive eseguite	Relazione trimestrale a DS e CdG da parte della Direzione Medica di presidio		N	100	80
1.6.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Analisi dei processi Amministrativi: contabilità analitica	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti	Redigere due relazioni al 30/06 e al 31/12 relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale	Relazione Ufficio Legale		N	2	2
1.7.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Redazione di una procedura/istruzione operativa sulle attività di valutazione dei piani di lavoro per la rimozione dell'amianto	adempimento entro il 30/09/2023	Share Doc		gg	0	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
1.8.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mens.) e Dispositivi Medici (trimestrale)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	farmacia		N	28	24
1.8.2	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Mappatura di tutti i flussi aziendali con assegnazione delle relative responsabilità	Approvazione delibera di ricognizione di tutti i flussi aziendali entro 30/05/2023	Ishare doc		gg	0	45
1.8.3	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: flussi sanitari	Trasmissione flusso mensile regionale entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Flusso Hospice)	N. flussi inviati / N. flussi da inviare (la somma dei giorni max. di ritardo per tutti gli adempimenti è pari a 20 e riduce percentualmente il risultato)	UOC ESIS		gg	0	10

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
1.9.1	Adempimenti amministrativi, sanitari e di carattere informativo	Contabilità Analitica: implementazione dei processi	Aderire alle indicazioni del Controllo di Gestione relativamente alle linee di attività necessarie al miglioramento dei dati di Co.An. Correttezza Fattori Produttivi - gestione costi per interni - correttezza scarichi cdc	Adempimenti richiesti / adempimenti eseguiti	Relazione CdG		%	100	70
2.1.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media reparto di medicina	Garantire una degenza media non superiore a 11 gg	Degenza media annua non superiore a 11 gg	SIO		%	100	82
2.1.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Riduzione di almeno il 5% della degenza media rispetto al 2022	risponde alla formula = $1 - (dm23 - (dm23 * 5 / 100)) / dm2022 * 100$; in caso di non raggiungimento dell'obiettivo il rapporto sarà effettuato sul secondo semestre dei due anni.	SIO		%	100	82
2.10.1	Appropriatezza organizzativa, qualità	Appropriatezza organizzativa: spesa	Ciascuna CAPI deve prevedere 10 sedute di cui il 40% deve	Relazione al Direttore Sanitario e al CdG	Presidenti Capi		N	10	9

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	ed equità dell'assistenza	farmaceutica e diagnostica	essere dedicata alla diagnostica						
2.10.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: spesa farmaceutica e diagnostica	Riduzione della spesa farmaceutica pro-capite convenzionata	Spesa distrettuale pro-capite 2022 / Spesa distrettuale pro-capite 2021 - Spesa media pro capite come da indicazioni Regione Lazio (circa 140 euro)	Relazioni trimestrali in ordine alle riunioni e alla corrispondenza con Direttori di Distretto e prescrittori		N	4	3
2.11.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: trasfusionale	Appropriatezza trasfusionale e richieste Emocomponenti	N.° richieste gestite con valutazione o consulenza/ N.° totale richieste pervenute <= 60%, >60-80%, >= 80%	Dati Registrati su gestionale Emonet e valutazione richieste cartacee Report Trimestrali		N	4	3
2.12.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione dei servizi al cittadino: campagna vaccinale	Raggiungimento del target regionale di copertura antinfluenzale	N. residenti invitati alla vaccinazione / N. residenti totali fascia ≥ 65 anni (o residenti target individuati dal piano influenzale)	Dip. Prevenzione		%	85	50

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
2.13.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : BRO	Percorso basso rischio ostetrico (Bro). Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ad esclusiva responsabilità dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio	Elaborazione protocollo e evidenza della condivisione dello stesso con il personale interessato entro il 30/06	Relazione		GG	0	30
2.13.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : presa in carico del neonato sano.	Predisposizione percorso di presa in carico per il neonato sano.	Elaborazione documento del percorso entro il 30/06 - dimissioni entro 48 h dal parto fisiologico per almeno il 40% dei neonati nel II semestre 2023 (se il documento non è predisposto l'obiettivo non è raggiunto)	Approvazione e documento entro 30 Giugno 2023 e dimissioni entro le 48h > 40%		%	40	30
2.14.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : COT-A	Implementazione dei flussi di presa in carico dei pazienti presso la COT-A	80 pazienti presi in carico dalla COT-A	Relazione/Dati SIATESS		%	80	60
2.15.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Implementazione servizi al cittadino : Disturbi alimentari	Accesso alle cure presso "La Casa di Alice" centro per il trattamento per i disturbi del comportamento	Valutazioni specialistiche per minori effettuate presso la "Casa di Alice" dal personale dedicato della UOC TSRMEE N prestazione erogata valutazione del dipartimento ottimo	Cartella Clinica in attesa di sistema informativo dedicato		%	100	70

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	dell'assistenza		alimentare (DCA) del DSM, di Minori a rischio per ,o affetti da DCA	100% discreto 90% sufficiente 70% insufficiente non raggiunge					
2.15.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Disturbi alimentari	Valutazione appropriatezza invii CSM al centro-Casa di Alice	N. Pazienti presi in trattamento / totale degli invii effettuati dai CSM	DISAMWEB		%	100	90
2.16.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : endoscopia e gastroenterologia	Apertura percorso interno per i medici degli ambulatori del Grassi per inserire pazienti che necessitino di esami endoscopici e visite gastroenterologici	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	SIAS		gg	0	30
2.17.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Medicina Legale	Implementazione dell'accesso al cittadino per il rilascio dell'idoneità alla guida dei veicoli a motore (patenti di guida categoria C-D-E9	Incremento del rilascio delle certificazioni ambulatoriali (patente A e B, patente Nautica) rispetto al secondo semestre del 2019	Recup web - Uoc Medicina Legale		SI/NO	1	0
2.17.2	Appropriatezza organizzativa, qualità	Implementazione servizi al cittadino : Medicina Legale	presa in carico del soggetto con gravidanza a rischio	Istituzione della cartella infermieristica medico- legale e pianificazione degli appuntamenti successivi (entro 30/06/2023)	Uoc Medicina Legale		gg	0	90

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	ed equità dell'assistenza		ai sensi del D.lgs. 21.3.02 n.151						
2.18.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : PUA	Aggiornamento del percorso multidisciplinare e multidimensionale per la gestione dei bisogni delle persone con vulnerabilità socio-sanitaria che si rivolgono al PUA; definire le modalità per la presa in carico tempestiva in particolari casi complessi, che richiedono l'intervento di più professionalità in ambito sociale sanitario in raccordo con le COT-A e COT-D	Predisposizione procedura aziendale sull'attività dei PUA Redazione del progetto entro il 30/11/2023	Diprosan Presentazione e Progetto Al Ds Dg CdG		GG	0	60
2.19.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : puerperio e post partum	Aumento delle visite domiciliari nel puerperio e nel post-partum da parte dell'equipe multidisciplinare consultori	Aumento del 5% di visite domiciliari 2023/n. di visite domiciliari effettuate nel 2022	Dati Recup (non SIAS) e Report interni		SI/NO	1	0

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
2.2.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: accesso ai servizi del TSRMEE	Definizione di una procedura per la creazione di una lista di attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi presso il TSMREE	Adozione della determinazione di presa d'atto della procedura entro il 30.04.2023 - apertura agende di continuità entro il 31.07.2023	Validazione procedura		SI/NO	2	1
2.20.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : riabilitazione	Aumento del Turn-over delle degenze anche mediante l'incremento delle prestazioni riabilitative in DH	N. accessi in regime DH cod. 28 e cod. 56 > 80 al mese	Schede Rad-r		%	100	80
2.21.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Salute Mentale	Formalizzazione di un percorso aziendale per la transizione e la presa in carico congiunta da parte dei servizi sanitari territoriali (Consultori familiari e Servizi DSM)	Definizione di un protocollo operativo per la composizione delle procedure di passaggio e la continuità assistenziale tra i servizi coinvolti. 1 protocollo entro 30/09/2023	Relazione del Direttore e Allegati		gg	0	30
2.22.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Implementazione del PAE equità Aziendale	Almeno 160 Pazienti CSM inviate allo Screening del Tumore Collo dell'utero	Registro Screening/Sipso 2.0		%	80	70

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
2.22.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Screening	TRE CORSI DEDICATI ALL'UMANIZZAZIONE DELLA COMUNICAZIONE	Effettuazione di tre corsi dedicati al personale interno, finalizzato al miglioramento dell'umanizzazione della comunicazione	UOS Formazione		N	3	2
2.22.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Favorire momenti di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza sull'importanza delle campagne di screening	Garantire la presenza in manifestazioni pubbliche organizzate da altri o organizzare eventi formativi / informativi sulle campagne screening.	Relazione a DS e CDG		N	6	4
2.23.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Telemedicina	Valutare il gradimento dell'utenza per le prestazioni in televisita	somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Due relazioni al 30/06 e al 30/09	Rilevazione dati distrettuali		N	2	2
2.24.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Implementazione servizi al cittadino : Vata	Implementazione del Vascular Access Team Aziendale (VATA)	Posizionamento di n. 30 accessi vascolari anno 2023 (PICC/MIDILINE dal VATA)	Relazione del VATA		%	30	25
2.25.1	Appropriatezza organizzativa	Monitoraggio attività: ICA	Implementazione del consumo delle soluzioni idro-	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al	Trasmissione Report a		N	2	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	va, qualità ed equità dell'assistenza		alcoliche per ciascun reparto di degenza	trimestre di competenza) riportanti il consumato di soluzione	Risk Manager				
2.25.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	monitoraggio del consumo delle soluzioni idro-alcoliche per ciascun reparto di degenza	4 report con cadenza trimestrale (entro il 15 del mese successivo al trimestre di competenza) riportanti gli ordini di soluzione per ogni U.O.	Trasmissione Report a Strutture e Risk Manager		N	4	4
2.25.4	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	Monitoraggio dei risultati derivanti dall'applicazione delle istruzioni operative per il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza	Invio report al Risk Management e CDG di 2 report, il primo entro il 31/05/2023 ed il secondo entro il 30/11/2023	Trasmissione report		%	100	99
2.25.5	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ICA	monitoraggio trimestrale delle infezioni correlate all'assistenza suddiviso per UU.OO. (alert)	Produzione di 4 report da inviare entro il 15 del mese successivo al trimestre monitorato	Powerlab - Lab Analisi - Direzione medica Di Presidio - ISRC		N	3	3
2.26.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Monitoraggio attività: Lavaggio mani	verifica degli adempimenti delle U.O. Ospedaliere relativi all'implementazione	4 sopralluoghi annuali a campione e produzione di relativi verbali; durante l'anno verranno controllate comunque tutte le U.O. Ospedaliere	Risk Management		N	4	4

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	dell'assistenza		del consumo di soluzioni idroalcoliche e del materiale informativo						
2.27.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: CSM	Miglioramento dell'individuazione dei percorsi di cura dei pazienti trattati nei CSM, differenziati per livelli di intensità assistenziale disamweb	Monitoraggio trimestrale della presa in carico/cura/consulenza in equipe o individuale secondo i parametri PANMS (DCA U00287/2014)	DISAMWEB		%	100	99
2.28.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL pari almeno al 35% nel primo semestre e al 50% nel secondo semestre	il risultato è pari a=(TOPL 1 SEM/35+TOPL 2SEM/50)/2	SIO		%	35 / 50	25 / 40
2.28.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: posti letto	Garantire Tasso di occupazione PL cod. 56 pari almeno al 75% nel primo semestre e all'85% nel secondo semestre	Media - Tasso occupazione PL 1 semestre >= 75% + Tasso occupazione PL 2 semestre >= 85%	Rad - R		%	75 - 85	70 - 80
2.29.1	Appropriatezza organizzativa	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Garantire per i ricoveri da PS il n. di posti letto	Garantire al PS n. dei posti letto previsti a pag. 2 del Piano Aziendale	Relazione mensile Direttore		%	70	40

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	va, qualità ed equità dell'assistenza		settimanali previsti dalla Del. 1197 del 15/12/2022		DEA con i dati per settimana a CdG e Direzione Strategica				
2.29.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Dare seguito in modo puntuale agli adempimenti previsti dal piano aziendale per il sovraffollamento del PS (del. 1197/22) e successive linee guida della direzione strategica e dalle linee guida regionali relative al tempestivo monitoraggio dei posti letti disponibili - tempestivo aggiornamento della movimentazione dei pazienti sull'applicativo ADT	Tempestiva correzione da parte dei reparti delle incongruenze evidenziate dal Servizio SIO / bed management: il mancato adempimento determina il non superamento dell'obiettivo. Nel mese in cui ci sono segnalazioni il raggiungimento dell'obiettivo è ridotto del 5%	Monitoraggio mensile Direzione Medica di Presidio		%	100	60
2.29.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Monitoraggio attività: ricoveri in pronto soccorso	Monitorare puntualmente il corretto adempimento dei reparti in ordine agli	Segnalazioni tempestive ai reparti in ordine al mancato / ritardato adempimento.	Relazione mensile entro il 5 del mese successivo alla		N	7	6

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
	dell'assistenza		obiettivi 2.29.1 e 2.29.3		Direzione Strategica e al CDG				
2.3.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: DPC Integrativa Diabete	Report segnalazione non appropriata prescrizione prodotti DPC INTEGRATIVA DIABETE da notificare alle CAPI per le successive attività di competenza	Report trimestrali di consumi ed eventuali criticità da superare	Uoc Farmacia Territoriale		N	4	3
2.30.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità dell'assistenza: chimica clinica	Rispetto degli standard di qualità nell'ambito degli esami diagnostici dell'area Chimica Clinica	N.° report VEQ di Chimica Clinica prodotti / N.° Esercizi VEQ forniti	Lab. Analisi		%	100	80
2.31.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità dell'assistenza: monitoraggio impiantabili cardiologici	Valutazioni HTA DM cardiologici impiantabili	Report semestrali di consumi /ricavi DRG ed evidenza eventuali criticità da superare	AREAS		N	2	2
2.32.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Qualità dell'assistenza: terapie anti-infettive	Test farmaco ceftazidime / avibactam per ogni batterio Gram-negativo MDR (Multi	N.° Ceftazimide - avibactam testati/ N.° organismi MDR (enterobacteriales + pseudomonas app.)	NOEMALIFE (mercurio)		%	100	99

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	dell'assistenza		Drug Resistent) come ausilio nell'ambito della terapia anti-infettiva.						
2.33.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Qualità ed equità dell'assistenza: omogeneità assistenza	Miglioramento dell'omogeneità dell'assistenza	Produzione di procedure, linee guida percorsi assistenziali entro il 30/06/2023	Relazione a DS CdG		gg	0	60
2.34.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	Lotta al randagismo e sterilizzazione dei cani ospitati sterilizzabili	N. cani sterilizzati / N. totale cani presenti in canile sterilizzabili	Dip. Prevenzione		%	100	90
2.34.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	Sorveglianza sanitaria sugli animali ricoverati con reportistica trimestrale dei controlli effettuati	N. controlli effettuati / N. totale animali ricoverati	Dip. Prevenzione		%	100	90
2.35.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità	Valutazione esiti: monitoraggio Parti Cesarei	Valutazione esiti: Riduzione del parto con taglio cesareo primario per ridurre il rischio per la	N. parti con Taglio Cesareo Primario / N. parti totali >1000 = 25% ; <1000 = 15%	Direzione Medica POU - P.Re.Val.E.		%	100	85

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	dell'assiste nza		donna e per il bambino						
2.36.1	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti alla valorizzazioni delle attività consultoriali di accompagnamento alla nascita	Corsi trimestrali per le donne dalla 13 alla 22 settimana, finalizzati a conoscere il percorso nascita e i corretti stili di vita in gravidanza, organizzati in una visione integrata ospedale - territorio, area litorale.	Relazione UOC Ginecologia / UOC Cure Primarie		N	3	3
2.36.2	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti all'incremento del numero dei parti	4 open day con mamme, dedicati a gravidanza, parto e gestione del neonato organizzati in una visione integrata ospedale - territorio - Municipio X e Fiumicino	Relazione UOC Ginecologia / UOC Cure Primarie		SI/NO	1	0
2.36.3	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Valutazione esiti: percorsi nascita	Valutazione esiti: Processi organizzativi volti all'incremento del numero dei parti	2 open day con mamme, dedicati a gravidanza, parto e gestione del neonato organizzati in una visione integrata ospedale - territorio - Municipio XI e XII	UOC Cure Primarie		SI/NO	1	0
2.37.1	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità	Valutazione esiti: frattura collo Femore	Intervento chirurgico per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal primo	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; $\geq 0,6$ (60%)	P.Re.Val.E. SIO		%	65	55

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	dell'assiste nza		accesso nella struttura di ricovero						
2.38.1	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Appropriatezza organizzativa: valutazione accreditamento	Rispetto degli adempimenti di verifica del riconoscimento dell'accreditamento definitivo	N. istanze di accreditamento valutate / N. totale istanze di accreditamento presentate	Relazione quadrimestr ale a Direzione Sanitaria e al CdG		%	100	85
2.39.1	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Appropriatezza organizzativa: controlli strutture accreditate	Incrementare le verifiche delle strutture accreditate rispetto al 2022	Effettare la verifica di almeno 22 strutture accreditate	Relazione quadrimestr ale a Direzione Sanitaria e al CdG		%	100	80
2.4.1	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Customer Satisfaction dedicate all'ascolto dei cittadini che hanno usufruito dei servizi aziendali per valutare la qualità percepita	1 indagine Territoriale (Vaccinazioni presidio S. Agostino di Ostia) entro 30/06/2023	Trasmission e al DG al DIP.PREV. E al CDG		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
2.4.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Definizione e approvazione, previa delibera, di procedura di gestione delle azioni esecutive da parte dei fornitori per integrale monitoraggio dello stato del debito nonché della gestione delle azioni esecutive promosse nei confronti di fornitori e/o personale dipendente e/o convenzionato dell'azienda Sanitaria, con Azienda Sanitaria terzo pignorato	Approvazione procedura entro 30/06/2023	Ishare		GG	0	30
2.4.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Due procedure in vista del nuovo programma per il servizio di istopatologia	1 nuova procedura Istologica e 1 nuova procedura Citologica entro 31/05/2023	Share Doc		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
2.4.4	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Miglioramento della qualità organizzativa dei servizi/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti D.U.S.	/Revisione procedura del percorso di valutazione diagnostica per pazienti con D.U.S. entro 30/06	Relazione alla Direzione DSM e del CDG		gg	0	30
2.4.5	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Obbligo di esposizione di materiale informativo ed illustrativo, relativo all'igiene delle mani, appositamente redatto secondo i format Aziendali, da affiggere all'ingresso del reparto e richiamo sulle porte delle aree di degenza	Affissione del materiale entro 15 gg dalla trasmissione. Verifiche periodiche sulla corretta affissione.	Direzione Medica POU		SI/NO	1	0
2.4.6	Appropriat ezza organizzati va, qualità ed equità dell'assiste nza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti	Razionalizzazione dell'attività consultiva e di assistenza agli uffici nella forma di redazione pareri, supporto a riunioni reportistica a monitoraggio	Predisposizione di linee guida entro 31/05/2023 che definiscano la tipologia di attività di supporto che può svolgere l'Ufficio Legale e le modalità di richiesta	Ishare		gg	0	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
2.4.7	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Predisposizione di piani individuali e buget di salute atti per favorire interventi di integrazione/inclusione delle persone	Predisposizione di un protocollo interistituzionale per la sperimentazione e realizzazione del progetto individuale in base all'art.14 della L.328/00 integrato con la L.112/2016 e dal decreto ministeriale 34/2020 comma 4 BIS Budget di salute per i residenti di un distretto sanitario	Predisposizione del protocollo d'intesa con i vertici istituzionali entro il 30/06/2023	Produzione della bozza di convenzione da inviare a CdG, DS		gg	30	90
2.40.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricovero in Terapia Intensiva	Garantire il ricovero assicurato in Terapia Intensiva a seguito degli interventi chirurgici in urgenza	Massimo 5 trasferimenti l'anno per ricovero in terapia intensiva a seguito intervento chirurgico in urgenza	Monitoraggi o Direzione Medica di Presidio		SI/NO	1	0

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
2.5.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00164 e n. G00163 dell'11/01/2019. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di: 1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017); ; 2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).	predisposizione PARM e PAICA e successiva trasmissione all'URP per pubblicazione sul sito aziendale entro il 31/07/2023	UOC QSGR		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
2.5.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	Procedura di implementazione linee guida legionellosi	Produzione di due report da inviare al CICA - RISK MANAGEMENT e CDG al 30/06 e 30/09	Lab. Analisi - Igiene Sicurezza e Rischio Clinico del Grassi		N	2	2
2.5.3	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	Sviluppo di una Istruzione Operativa come modalità di attivazione, verifica e contrasto delle infezioni correlate all'assistenza in caso di Alert	produzione ed invio al Risk Management e al CDG dell'istruzione operativa entro il 31/07/2023	Diffusione istruzione operativa		GG	0	30
2.6.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: prescrizioni	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	n. 4 incontri (di cui 3 in presenza a 1 su piattaforma web) con MMG/PLS	Rilevazione dati distrettuali (firme presenza, verbale incontri)		N	4	3
2.7.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: Radiologia	Definizione protocolli radiologici di emergenza: - Politrauma - Ictus- Dolore Toracico	Validazione entro il 30/06/2023 indicatori successivi	Controllo di gestione RIS-PACS e GIPSE		GG	0	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
2.8.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Report monitoraggio riduzione dei Ricoveri attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza	report di monitoraggio mensile sulla produzione dei drg a rischio di inappropriatezza analisi delle cause e indicazioni delle azioni di miglioramento	UOC DME POU/ SIO		N	10	8
2.8.2	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: ricoveri ad alto rischio inappropriatezza	Riduzione del rapporto tra Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e Ricoveri in elezione attribuiti ai DRG non a rischio di inappropriatezza in Regime ordinario	N. Ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza; / N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria ;=> 0,8 (80%)	Direzione Medica POU - ADT		%	80	69
2.9.1	Appropriatezza organizzativa, qualità ed equità dell'assistenza	Appropriatezza organizzativa: riutilizzo ausili e protesi	Valutazione mensile degli ausili ritirati e riassegnati agli utenti	Relazione trimestrale a DS e CdG relativi all'inventario dei beni in entrata e uscita, gestiti dalla Società aggiudicataria della gara del riutilizzo. Al 30/06 e al 30/9 proposte migliorative del servizio	Relazione UOSD Protesica a DS e CdG		N	6	4
3.1.1	Economico Finanziari	Analisi dei processi Amministrativi: contabilità analitica	Elaborare 3 CE di reparto da trasmettere ai negoziatori	Trasmissione CE di reparto 30/04, 31/07/,31/10;	share doc		N	3	3

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
3.10.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: controllo casse economali	Verifiche fisiche corretta tenuta della contabilità delle casse economali	Due verifiche annue presso la cassa del PUO e tre verifiche a campione sulle altre casse	Relazione trimestrale a DA e CdG		N	5	3
3.11.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: gestione bolle	Predisposizione procedura atta a migliorare il processo di trasmissione delle bolle per linee di attività critiche;	Predisposizione procedura entro il 30/06/2023	Validazione procedura		gg	0	30
3.11.2	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: gestione bolle	Rispetto della tempistica relativa al caricamento delle Bolle	Tempestivo caricamento in AREAS delle bolle pervenute. Bolle caricate entro 5 gg	Engineering		gg	85	70
3.12.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità e rispetto degli adempimenti contabili	Attuazione del Percorso attuativo della Certificabilità (PAC) e rispetto degli adempimenti contabili relativi a: tempi di liquidazione , gestione ordini NSO , apposizione Blocchi di liquidazione e inserimento delle note di contestazione in Areas sui blocchi B6 C6, ritardo trasmissione o	Valutazione degli adempimenti in relazione alle linee di attività svolte. (vengono valutate solo le attività svolte). Ogni attività concorre con lo stesso peso (es 5 attività ognuna pesa il 20%). La % di raggiungimento è data dalla media dei singoli adempimenti. Liquidazione 26 gg - Ordini % si/no - Blocchi % note REF fatture aperte o, bloccate senza allegato B6 C6 - Bolle % non inserite - % Adempimenti PAC richiesti/ adempimenti eseguiti.	Salvo Ordini e Bolle - Fonte dati AREAS		%	100	80

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			inserimento Bolle - Adempimenti su richiesta specifica del responsabile PAC.						
3.13.1	Economico Finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: monitoraggio attuazione	Predisposizione e aggiornamento del file del contenzioso e degli accantonamenti	Predisposizione e invio file a UOC REF 20/04; 10/07; 10/10; 31/12/2023	Relazione UOC REF		N	4	4
3.14.1	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	Migliorare le modalità di pagamento delle prestazioni relative alla vaccinazioni.	Consentire entro il 30/09/2023 il pagamento delle vaccinazioni tramite il sistema PAgOPA	Dip. Prevenzione		gg	0	90
3.14.2	Economico finanziari	Semplificazione dei pagamenti	Analisi delle modalità di gestione degli incassi delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale	Monitoraggio delle modalità di pagamento e di registrazione delle prestazioni effettuate dal Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale. Predisposizione soluzioni innovative con gli strumenti di pagamento della Pubblica Amministrazione	Relazione al 31/05 e al 30/11 a DA e CdG		gg	0	30
3.15.1	Economico finanziari	Tempistica approvazione documenti di bilancio	Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei	Trasmissione a CdG file estratto da SIGES, nei tempi previsti da regione. (la somma dei giorni max di ritardo	SIGES		GG	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			CE Trimestrali, Bilancio Economico 2024, Concordamento 2023, Bilancio di Esercizio 2022	per tutti gli adempimenti è pari a 30 e riduce in percentualmente il risultato)					
3.16.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: recupero crediti	Recupero dei crediti vantati dall'azienda: Relazione semestrale con specifica indicazione del numero di intimazioni, messe in mora, recuperi giudiziali e quantificazione del credito recuperato	4 report trimestrali	Trasmission e progetto a Direzione Strategica, Cdg		N	4	4
3.17.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: Stock di debito	Attualizzazione del debito/credito scaduto	L'indicatore misura il livello di stratificazione del debito/credito conferendo un punteggio inferiore ove sussistano debiti e crediti ultra- quinquennali - L'indicatore "i" è dato da: valore 1 – il rapporto tra il valore dei debiti/crediti (dc) con anzianità di formazione maggiore di 5 anni e il valore complessivo dei debiti/crediti (DCT). "i" = $1 - dc/DCT$.	Stato patrimoniale anno 2023 al 31.03.2024		%	95	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
3.2.1	Economico Finanziari	Analisi dei processi Amministrativi: produzione strutture accreditate	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate entro: 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione della remunerazione, in case di cura private e ai laboratori analisi/centri specialistici 30gg dalla notifica degli atti amministrativi di definizione dei saldi, in relazione agli Ospedali classificati, IRCCS privati e Policlinici Universitari privati	Relazione a DA CdG		GG	0	60
3.3.1	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Organizzazione dal parte UOC REF, UOS CdG riunioni trimestrali con negoziatori di budget	Organizzazione tre riunioni a seguito elaborazioni CE Trimestrali. Eventuali ulteriori approfondimenti in caso di scostamento del budget. Valutazione attività entro il 31.01.2024.	REF E CDG		N	3	2
3.3.2	Economico finanziari	Coerenza del budget assegnato in rapporto alla delibera aziendale 1275 del 30.12.2022 e alla successiva delibera di recepimento del Concordamento.	Partecipazione alle riunioni trimestrali di verifica della coerenza dei CE con la previsione. Analisi degli eventuali scostamenti e presentazione di proposte di	Relazione congiunta UOC REF - UOS CdG in relazione alla capacità di corretto e tempestivo utilizzo degli strumenti economici (autorizzazioni, ordini, liquidazioni)e di elaborazione di proposte congrue al rispetto delle previsioni di spesa. Ottimo 100% - Discreto 90% - Sufficiente 70% - altro non raggiunto.	UOC REF - CdG		%	100	70

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			riallineamento della previsione.						
3.4.1	Economico Finanziari	Corretta contabilizzazione delle sopravvenienze	corretta gestione delle rilevazione contabili relative alle sopravvenienze attive e passive	Nel CE IV Trimestre sopravvenienze relative al personale dipendente e specialista a convenzione < 0,4	Report mensile UOC REF		SI/NO	1	0
3.4.2	Economico Finanziari	Corretta contabilizzazione delle sopravvenienze	Elaborare mensilmente l'elenco delle sopravvenienze presenti in bilancio e trasmetterle ai relativi responsabili di Budget per la verifica di congruità	Trasmissione report mensili ai negoziatori di budget con sopravvenienze contabilizzate; ricezione delle indicazioni per le scritture di utilizzo degli accantonamenti e verifica del corretto riscontro da parte delle strutture interessate.	Note UOC Ref ai negoziatori (10) ; e riepilogo a DA e CdG nelle relazioni trimestrali		N	4	4
3.5.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: blocchi fatturazioni	Corretta e tempestiva apposizione blocchi, giusta la DCA 97/2017. Inserimento della documentazione a supporto dei blocchi B6 C6	Segnalazioni mensili UOC REF su fatture non bloccate - blocchi non corretti - assenza documentazione a supporto Blocchi B6 - C6. (dopo la prima segnalazione ogni segnalazione successiva riduce del 10% il raggiungimento dell'obiettivo)	UOC REF		%	100	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
3.6.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: esecuzione ordini	Gestione degli ordini dei beni e/o servizi tramite il Nodo Smistamento Ordini (NSO)	n° ordini nso / n° ordini totali	ENGINEERING		%	100	90
3.7.1	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti mediante la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate dal competente ufficio liquidatore	UOC REF		%	100	95
3.7.2	Economico Finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Monitoraggio dei DEC per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza	Verifica della presenza delle certificazioni dei DEC con sollecito formale ai diretti interessati	Report trimestrale al DA e Cdg		N	4	4

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
3.7.3	Economico Finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Procedura iter liquidatorio protesica	Predisposizione procedura entro 31.05.2023	Share Doc		gg	0	60
3.7.4	Economico finanziari	Monitoraggio stato pagamenti: tempi di liquidazione fatture	Monitorare, supportare, sollecitare la trasmissione delle certificazione dei DEC (o uffici certificatori) per le congruità di competenza entro 5gg consegna bene o entro 7gg dall'esecuzione del servizio	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare, segnalate tempestivamente dal competente ufficio liquidatore	Relazioni Mensili a DA e CDG da parte degli uffici liquidatori		%	100	60
3.8.1	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Coordinare e gestire le linee di attività finalizzate alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	3 Relazioni trimestrali relative agli adempimenti richiesti alle strutture	Relazioni al 30/06 30/09 e 31/12		N	3	3
3.8.2	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Azioni di sostanza richieste / Azioni di sostanza eseguite entro il 31/12/2023	Relazioni svolte dai coordinatori		%	100	80

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
3.8.3	Economico finanziari	Piani attuativi certificabilità: Riconciliazione Inventario fisico e contabile	Dare seguito agli adempimenti definiti dai coordinatori e finalizzati alla riconciliazione dei cespiti con la contabilità	Verifica e monitoraggio della gestione della riconciliazione dei cespiti, entro il 31/12/2023	Relazioni quadrimestr ali svolti dai coordinatori		%	100	80
3.9.1	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	L'indicatore di gestione della PCC ha l'obiettivo di verificare la corretta e tempestiva alimentazione della piattaforma PCC da parte delle Aziende Sanitarie	L'indicatore "i" verifica l'allineamento contabile ed è calcolato come la media delle rilevazioni trimestrali del rapporto tra stock di debito risultante dalla PCC /stock di debito risultante dal bilancio di verifica trimestrale. ($i = PCC / STOCK$); Per $i \geq 1$ la valutazione è pari a "i" percentuale Per $i > 1$ la valutazione è uguale al valore percentuale della seguente formula: $"i" \% = (1 + (1 - i)) / 100$	PCC		%	95	70
3.9.2	Economico finanziari	Piano Attuativo Certificabilità: certificazione crediti	Predisposizioni progetto allineamento contabilità generale PCC / stock debito	Predisposizione da parte UOC Ref, di concerto con engineering entro 30/04/2023	Trasmission e progetto a Direzione Strategica, CdG		gg	0	60
4.1.1	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea		%	100	90

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			priorità B-Urgenza Breve						
4.1.2	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente: liste d'attesa	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali erogate in classe di priorità P- Programmata	% di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg. come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa	Lazio crea		%	100	90
4.1.3	Governo clinico	Adesione al P.RG.L.A. vigente liste d'attesa	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A. Entro 30 giorni	ADT		%	90	60
4.10.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: trasfusionale	Incremento del 15 % dell'attività di raccolta sangue rispetto all'anno 2022	Superare la raccolta di 3.500 sacche	emonet		%	100	90
4.11.1	Governo clinico	Implementazione dei processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: corsi pre parto	Predisposizione cronoprogramma da pubblicare su sito internet corsi pre parto	Predisposizione entro 28/02/23 cronoprogramma e percentuale rispetto dello stesso	Relazione UOC Cure Primarie		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
4.12.1	Governo clinico	Implementazione dei processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: psichiatria	Riattivare la collaborazione tra day hospital psichiatrici e CSM territoriali per la creazione di un protocollo operativo condiviso	Attivazione gruppo di lavoro congiunto per la formulazione di un protocollo e/o linee guida entro il 30.09.2023	DISAMWEB		gg	0	30
4.13.1	Governo clinico	Implementazione dei processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie: trasfusionale	Corsi di formazione su processo trasfusionale	N.° corsi espletati	UOS Formazione		N	3	2
4.14.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Raggiungere il 6,92 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES		%	3	2,5
4.14.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : ADI	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)- Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti (Indicatore D22Z del NSG)	Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2023 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia definiti da Tavolo Monitoraggio LEA: Livello I (CIA 1): >4,00 = 1 punto Livello II (CIA 2): >2,50 = 2 punti	SIATES		%	100	40

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
				Livello III (CIA3): $\geq 2,00 = 3$ punti (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)					
4.15.1	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Incremento degli Screening del Tumore della Mammella in orario istituzionale	Monitoraggio mensile delle prestazioni di screening effettuate dai tecnici di radiologia e delle ore dedicate alla linea di attività entro 30 gg fine mese.	Relazione a CdG, UOSD Screening, DS		N	10	10
4.15.10	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire screening istologico di 2° livello	Campioni chirurgici entro 8 gg lavorativi	Dipartiment o dei servizi	20	gg	0	2
4.15.11	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico	esami istologici post chirurgici entro 8 gg lavorativi	Dipartiment o dei servizi	20	gg	0	2
4.15.12	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Offerta del test di screening HCV	n. persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte all'anagrafe sanitaria della Regione Lazio (ASUR) - (inclusi STP) contattate per l'offerta del test di screening con reflex testing / totale persone nate dal 1 gennaio 1969 al 31 dicembre 1989, iscritte nel 2023 all'anagrafe	sipso		%	80	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
				sanitaria della Regione Lazio (ASUR) (inclusi STP) * 100					
4.15.13	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Esecuzione del test di screening HCV	Esecuzione del Test screening HCV ai pazienti fragili in carico ai SERD / pazienti fragili in carico ai SERD (il SERD entro il 15/07 deve trasmettere, previa validazione della UOSD Screening, al CDG il numero dei pazienti fragili in carico)	sipso		%	70	50
4.15.14	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 25 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello-osservati nel 2° semestre 2023	sipso		%	90	70
4.15.15	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dallo screening di primo livello. Osservato nel periodo dal 01.09 al 31.12.2023	sipso				

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
4.15.2	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore della mammella	% di mammografie di screening effettuate sulla popolazione target (donne 50-69 anni)	sipso		%	60	35
4.15.3	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	N. di test per la ricerca di sangue occulto fecale effettuati sulla popolazione target/ n. test previsti (50-74 anni)	sipso		%	50	25
4.15.4	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del tumore della mammella con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dallo screening	sipso		%	90	50
4.15.5	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Miglioramento del tempo di attesa per approfondimento diagnostico screening del colon retto con esito positivo	% di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 30 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello	sipso		%	90	50
4.15.6	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening della cervice	% di test (pap test/test HPV-DNA) effettuati sulla popolazione target (donne 25-64 anni)	sipso		%	40	25
4.15.7	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico	esami istologici e citologici entro 5 gg lavorativi	Dipartiment o dei servizi	20	gg	0	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
4.15.8	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Aumento degli screening del tumore del colon retto	Garantire 1.100 prestazioni, di pazienti inviati dalla competente UOSD Screening	sipso		%	100	80
4.15.9	Governo clinico	Implementazione servizi al cittadino : Screening	Garantire screening istologico di 2° livello	Biopsie entro 5 gg lavorativi	Dipartiment o dei servizi	20	gg	0	2
4.16.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: chirurgia a ciclo breve	Riattivazione Chirurgia a ciclo breve	Predisposizione, entro 31/03/2023, proposta di riorganizzazione del servizio finalizzata all'apertura entro il 30/06/2023. Individuazione delle maggiori risorse necessarie e dei benefici attesi in termini di ricavi e di appropriatezza delle cure.	Nota Direttore UOC Chirurgia, validata dal Direttore di Dipartiment o		gg	0	30
4.17.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: dipendenze	Miglioramento della ritenzione al trattamento al fine di portare sotto la soglia del 55,8% (dato nel 2019) rispetto alla percentuale drop out del 63,5% del 2021 dei pazienti con problematiche legate al consumo di alcol e/o cocaina	Completamento del percorso valutativo degli accessi per disturbi da uso di cocaina e/o alcol compresi tre il 01/01 ed il 30/06/2023	Analisi delle Cartelle cliniche		%	55,8	63,5
4.18.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: gestione cronicità	Incremento prestazioni ambulatoriali	Apertura ambulatori pomeridiani entro 30/06/2023	SIAS		gg	0	90

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			pomeridiani a pazienti Diabetici						
4.19.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: OBI	Valorizzazione dell'attività di OBI nella sicurezza di dimissione e appropriatezza di ricovero	Pazienti inseriti in OBI/accessi totali al PS X 100 Valore atteso <10% valore minimo accettabile > 5% Pazienti ricoverati+trasferiti da OBI x 100 valore atteso <_ 20% Valore Minimo Accettabile >_ 30%	GIPSE		%	<10	>5
4.2.1	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Favorire il turn-over nella Comunità SRTR e Catacombe di Generosa	Indice di turn-over 2023>2022 (Diminuzione dell'indice di turn- over del 40%)	SIPIC		%	100	85
4.2.2	Governo clinico	Appropriatezza e qualità dell'assistenza: degenza media	Equilibrare il numero medio di dimissioni che la struttura comie nei giorni festivi e prefestivi con quello che la struttura compie nei giorni feriali	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO		%	95	85
4.20.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: oncologia	Apertura ambulatorio II Liv. Dedicato ai pazienti con problematiche di oncologia digestiva, inclusi pazienti con tumori neuroendocrini e del tratto	Apertura del percorso interno entro il 30/06/2023	SIAS		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			epatobiliopancreatico						
4.21.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: pazienti chirurgici complessi	Presa in carico/percorso agevolato del paziente chirurgico "complesso" dal territorio(MMG) agli ambulatori di Chirurgia	Numero di paziente presi in carico / numero di richieste >80%	Relazione a DS CdG		%	80	60
4.22.1	Governo clinico	Miglioramento dell'assistenza: percezione utenza e personale	Miglioramento della qualità percepita dall'utenza e del grado di soddisfazione professionale degli operatori	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG		N	3	2
4.23.1	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Censimento dell'occupazione oraria e settimanale di ogni spazio dedicato all'attività ambulatoriale	Adempimento secondo le modalità e la tempistica disciplinate dal Controllo di Gestione	Note Cdg		%	100	60
4.23.2	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisporre le indicazioni operative per il monitoraggio del tempo utilizzo ambulatori/sale	Monitorare il corretto adempimento delle strutture. 30/06 30/09 31/12	Relazioni a DG DS		n	3	3

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			operatorie/macchine ri alta complessità						
4.23.3	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisposizione della programmazione mensile di utilizzabilità delle sale operatorie e verifica dell'attività svolta a fine mese	Trasmissione a DS, UOS SIS, a CdG e della programmazione mensile e relazione a fine mese relativa all'attuazione della programmazione	soweb		N	12	10
4.23.4	Governo clinico	Monitoraggio tempo utilizzo ambulatori / sale operatorie / macchinari alta complessità	Predisposizione di planimetria con numerazione degli ambulatori per il monitoraggio dell'occupabilità oraria con indicati macchinari presenti	Predisposizione planimetria entro il 31/03/2023, con evidenza dell'attività intramoenia	Trasmissione e planimetria a CdG		gg	0	30
4.24.1	Governo clinico	Rispetto dei LEA in tema di Prevenzione	Effettuazione dei controlli previsti da Regione Lazio	Raggiungimento degli obiettivi relativi ai controlli programmati entro il 30/11	Dip. Prevenzione		gg	0	30
4.25.1	Governo clinico	Adozione del Piano Pandemico aziendale per l'anno 2023	Adozione, con delibera aziendale, del PPA aggiornato al 2023 in coerenza con il Piano Pandemico Regionale Delibera 84/2022	Trasmissione a Regione Lazio entro il 31.10.23 della delibera con cui è stato adottato il piano aziendale per l'anno 2023, con evidenza della nomina del coordinatore aziendale	share doc		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
4.3.1	Governo Clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti ICA	verifica, controllo e monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) anche attraverso l'utilizzo della specifica piattaforma in corso di acquisizione	produzione di due report da inviare al CICA - RISK MANAGEMENT E CDG messa a regime del software	Lab. Analisi - Igiene Sicurezza e Rischio Clinico del Grassi		N	2	1
4.4.1	Governo Clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti lavaggio mani	Obbligo di espletare almeno 2 corsi interni alla U.O. circa le corrette modalità di igiene delle mani	2 corsi	Verbale esecuzione corso a Risk Manager		N	2	2
4.4.2	Governo Clinico	Appropriatezza organizzativa: implementazione procedure e regolamenti accesso pronto soccorso	Elaborare una procedura per regolamentare l'accesso dei soggetti fragili con accompagnatore	Redazione della procedura entro il 31/03/2023	Relazione a DG, DS, DMP e CdG		gg	0	30
4.5.1	Governo clinico	Erogazione farmaci: controllo e monitoraggio	Antibiotico terapia - Monitoraggio del consumo e dell'appropriatezza delle prescrizioni territoriali e ospedaliere (popolazione	N. 3 Report quadrimestrali da inviare al Dipartimento dei Servizi e p.c. Direzione Sanitaria e Uos Controllo di Gestione	TS MEF		N	3	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
			generale e pediatrica)						
4.6.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: comunità residenziali	Favorire la piena occupazione dei posti disponibili nella comunità Residenziale SRSR H24 Mazzacurati	Indice di occupazione posti letto > 2022 Mazzacurati dal 98% nell'anno 2022 al 99% teorico nel 2023)	DISAMWEB- SIPIC		%	100	90
4.6.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: comunità residenziali	Favorire la piena occupazione dei posti disponibili nella comunità Residenziale SRTR Catacombe di Generosa	Indice di occupazione posti letto > 2022 (Catacombe di Generosa dall'81% del 2022 al 90% nel 2023)	DISAMWEB- SIPIC		%	90	85
4.7.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa attraverso la formazione degli operatori sanitari finalizzati al diminuzione degliatti aggressivi	Decremento degli atti aggressivi del 10% rispetto al 2022	Risk Managemen t		%	100	99

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PESO %	UNITA' DI MISURA	ATTESO (100 %)	MINIMO (0%)
4.7.2	Governo clinico	Implementazione dei servizi al cittadino: Day Hospital	Aumento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza organizzativa del numero di prestazioni in DH SPDC P.O. GRASSI e DH SPDC San Camillo	Incremento delle prestazioni di DH del 10%	Disamm web		%	100	90
4.7.3	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Istituire periodici incontri tra personale medico e infermieristico al fine di garantire la qualità dell'assistenza	3 incontri entro 31/03 30/06 e 30/09	Relazione a DS CdG		N	3	2
4.7.4	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Predisporre il Piano Formativo 2023-2024 entro il 31/10/2023	Proposta Delibera entro il 31/10/23	Ishare doc		gg	0	30
4.7.5	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Formazione dei tecnici sanitari di radiologia medica (Tsrn) PER LO SCREENING DELLA MAMMELLA	N°TSRM formati/N° Totale TSRM Minimo >=80%/Certificazione ECM	Certificati ECM		%	80	60
4.7.6	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione personale	Ricognizione del rispetto delle attività formative previste	2 relazioni entro il 31/05/23 - 30/09/2023	UOS Formazione		N	2	2

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
4.7.7	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione Link nurse	Implementazione del progetto link nurse per la prevenzione delle ICA	Svolgimento della formazione entro il 30/11/2023 di infermieri esperti sulle tematiche di gestione controllo e prevenzione ICA	Servizio Igiene Ospedale		N	60	45
4.7.8	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: formazione elaborazione DRG	Organizzare due momenti formativi / informativi per il personale dei reparti nei quali vengono trasferiti i pazienti dalla rianimazione al fine di valorizzare in modo corretto le prestazioni effettuate	Svolgimento due momenti formativi / informativi (entro il 30/06 ed il 30/11) con consegna di materiale utile	Relazione UOSD Rianimazion e		N	2	1
4.8.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: procedure e protocolli	Percorso basso rischio ostetrico	Elaborazione protocollo di assistenza alla gravidanza fisiologica ad esclusiva responsabilità dell'ostetrica, come raccomandato da Regione Lazio. Scadenza 31/03/2023	Relazione a DS CdG		gg	0	60
4.8.8	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: procedure e protocolli	Nuove modalità induzione travaglio	Elaborazione di protocollo su revisione delle indicazioni al travaglio / parto e nuove modalità organizzative. Scadenza 31/05/2023	Relazione a DS CdG		gg	0	30
4.9.1	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Analisi trimestrale dell'efficienza delle agende e del relativo tasso di occupazione degli slot.	piena occupabilità degli slot e occupazione superiore al 95%	Relazione UOC Cure Primarie		%	95	80

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
4.9.2	Governo clinico	Implementazione dei processi gestionali: specialistica ambulatoriale	Azioni correttive relative alle criticità riscontrate dai Direttori di struttura e dalla UOC Cure Primarie (a quest'ultima competete il monitoraggio delle azioni correttive)	azioni correttive / criticità riscontrate	Relazione UOC Cure Primarie		%	100	85
5.1.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Accessibilità ai servizi: processi di digitalizzazione	Educazione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, cardiopatia ischemica post infartuale o alterazioni del ritmo cardiaco con device impiantabili seguiti attraverso il telemonitoraggio all'utilizzo dei sistemi di sanità digitale	Somministrazione di questionario di gradimento agli utenti. Esito positivo superiore al 50%	Relazione a DS CdG		%	50	40
5.2.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo	ottimizzazione offerte servizi di front office	Ottimizzazione dell'offerta del servizio del front office per le esigenze aziendali/realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta	Realizzazione di un progetto di revisione dell'offerta da sottoporre alla direzione strategica entro il 30/06/2023	UOC Amministrativa Cure Primarie		GG	0	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	con Stakeholder e utenza		da sottoporre alla direzione strategica						
5.3.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Raccordo Stakeholder- utenza: carta dei servizi	Redazione della Carta dei Servizi della UOC di Cardiologia	Elaborazione della carta dei servizi entro il 30/06/2023	Trasmissione a DS CdG e UOS Comunicazione		gg	0	90
5.3.2	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Corretta conoscenza degli adempimenti della privacy	Verifica di tutti gli adempimenti di tenuta e correttezza dei dati sensibili (Legge Privacy)	Mappatura all'interno di tutte le unità operative delle informazioni rese - trasmissione foglio firma di adempimento entro il 15/05/2023	Trasmissione dei fogli firma al CdG		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
5.4.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	1) Garantire una esaustiva e aggiornata descrizione dei servizi erogati, delle relative modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale, - 2) garantire decoro e aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico	Verifiche trimestrali delle pagine del sito internet (pesa il 70% dell'obiettivo) / accessi trimestrali nelle sedi aziendali (pesa il 30% dell'obiettivo se la struttura ha più sedi ogni valutazione fa media)	Gruppo di lavoro: UOS Comunicazione / UOS Controllo di Gestione / RPCT/ UOC Amm.va POU		1) % 2) Si / No	95	70
5.4.2	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni all'utenza	Pubblicazioni sul sito aziendale della documentazione proveniente dai vari servizi Ospedalieri	Rispetto delle tempistiche di pubblicazione entro 5 gg dalla richiesta. Assenza di segnalazioni di non pubblicazione pervenute al CdG o alla Direzione Strategica	Uos Rendicontazione Sociale		SI/NO	1	0
5.4.3	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità	Trasparenza e accessibilità ai servizi: fruibilità delle informazioni ai dipendenti	Avvio / messa a regime del nuovo sito intranet	Avviare a regime entro il 30/06/2023 il sito intranet	UOSD AFFARI GENERALI		gg	0	30

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	à ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza								
5.5.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e accessibilità ai servizi: servizio disabili e adulti	Migliorare la fruibilità delle informazioni tramite l'informatizzazione dell'archivio del servizio adulti disabili Report relativo alla predisposizione dell'un archivio informatizzato distrettuale, con dati della presa in carico delle persone afferenti al servizio disabili e adulti.	Report sullo stato di avanzamento della predisposizione dell'archivio informatizzato entro il 30/06/2023 - conclusione del lavoro entro 31/12/2023	UOSD Protesica		SI/NO	1	0
5.6.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Segnalazioni di tardato o non adempimento da parte del RTPC (Ogni segnalazione non ottemperata entro 30gg riduce del 10% la percentuale di raggiungimento)	Relazione RPCT		%	100	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
5.6.2	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: adempimenti prescrizioni aziendali	Ottemperare alle disposizioni di legge e alle indicazioni aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	Monitoraggio delle segnalazioni di non / parziale adempimento e del grado di attuazione da parte delle strutture - Relazioni trimestrali	Report segnalazioni a DG CdG		N	4	4
5.7.1	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: implementazione procedure e regolamenti	Aggiornamento procedura "Gestione della salma in Ospedale"	adempimento entro il 31/05/2023	Share Doc		GG	0	60
5.7.2	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con	Trasparenza e anticorruzione: implementazione procedure e regolamenti	Ottimizzare gli interventi interdisciplinari in caso di non conformità rilevate a seguito di controlli ufficiali/Elaborazione di una procedura per la gestione delle non	adempimento si /no entro il 31/05/2023	Share Doc		GG	0	60

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
	Stakeholder e utenza		conformità rilevate a seguito di controlli ufficiali						
5.8.1	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa assistenza protesica	Riduzione lista di attesa relativa al processo autorizzativo per l'assistenza protesica	Monitoraggio trimestrale al 31/03 30/06 30/09 e 31/12. Il risultato si valuta sulle pratiche in attesa al 31/12 inferiori al 10% delle autorizzazioni totali 2022	Relazione UOSD Protesica a DS e CdG		N	15	20
5.8.2	Obiettivi di trasparenza, anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: liste d'attesa riabilitazione strutture accreditate	Lista di attesa per la presa in carico nei centri accreditati di riabilitazione (Ex Art.26) del Territorio della AslRoma3 in collaborazione con la UOSD Disabili Adulti	Realizzazione della procedura per l'inserimento delle richieste nella lista d'attesa per l'accesso ai trattamenti - Relazione trimestrale UOC 30/11	Share Doc		N	1	1

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
5.8.3	Obiettivi di trasparenza , anticorruzione e accessibilità ai servizi, raccordo con Stakeholder e utenza	Trasparenza e anticorruzione: verifica adempimenti di pubblicazione	Verifica degli adempimenti di aggiornamento delle pubblicazioni sul sito internet	Monitoraggio trimestrale per aggiornametno della sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"	Invio report di validazione della griglia a DA, OIV e CDG				
6.1.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse con rettifica contributi in conto esercizio	Utilizzo delle risorse finanziate con rettifica contributi in conto esercizio	percentuale di utilizzo rispetto alle risorse assegnate	UOC REF		%	65	50
6.2.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Attuazione Piano Investimenti da risorse finanziate	Attuazione degli investimenti finanziati	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	Direzione Strategica		%	100	80
6.3.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione organizzativa del PNRR	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	Direzione Sanitaria		%	100	85
6.3.2	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: attuazione modelli organizzativi	Attivazione delle COT - Centrale Operative Territoriali	Predisporre gli atti di competenza, secondo le linee guida aziendali, finalizzate ad aprire entro il 31.12.2023 almeno il 60% delle COT previste	Direzione Sanitaria		%	100	80

CODICE OBIETTIVO	AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	PES O %	UNIT A' DI MISU RA	ATTE SO (100 %)	MINI MO (0%)
6.4.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	PNRR: Processo edilizio e informatico	Rispetto dei tempi regionali e aziendali relativi all'attuazione infrastrutturale	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento. Relazione trimestrale	RUP PNRR		%	100	85
6.5.1	Patrimonio edilizio tecnologico e PNRR	Monitoraggio degli spazi di produzione	Produzione di una planimetria in formato editabile e non pubblicata nell'intranet aziendale per tutti i beni immobili della asl con segnate i numeri delle stanze con allegata tabella per cdr dei metri quadri e metri cubi	produzione di una planimetria entro il 31/03/2023	Trasmissione e a CdG		gg	0	30