

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 0000872 del 26/11/2025

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

STRUTTURA PROPONENTE: UOS CONTROLLO DI GESTIONE
OGGETTO: INTEGRAZIONE ALLE DELIBERAZIONI N. 351 DEL 10.03.2025 E N. 498 DEL 18.08.2025 – APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI BUDGET AZIENDALE PER L'ANNO 2025. AGGIORNAMENTO CONSEGUENTE ALLA NOTA DELLA REGIONE LAZIO PROT. N. 981143 DEL 06.10.2025 E MODIFICA PARZIALE DELL'ALBERO DELLA PERFORMANCE. L'estensore: Mariagrazia Marrapodi Il Responsabile del Procedimento: Mariagrazia Marrapodi
Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Angelo Scozzafava Parere DA: Favorevole
Parere del Direttore Sanitario: Dr. Antonio Bray 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. 0002140 Hash (SHA256): 3e7616cb27defd16e5af5adad9d29ec959e41c2791184e2c10a69fc5999dfdb8 Firme digitali apposte sulla proposta: Mariagrazia Marrapodi, Andrea Storri Il Responsabile del Procedimento: Mariagrazia Marrapodi Il Dirigente: Andrea Storri Il Direttore del Dipartimento:

Il Direttore Generale (*)

Dott.ssa Laura Figorilli

II DIRIGENTE UOS CONTROLLO DI GESTIONE

- Visto** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista** la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18 avente ad oggetto: “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”;
- Visto** l’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 432 del 21.03.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 189 del 3.04.2025 e pubblicato sul BURL n. 28 dell’8.04.2025;
- Vista** la deliberazione n. 44 del 22.04.2025 avente ad oggetto: “Recepimento della Delibera n° 189 del 03/04/2025 della Regione Lazio di approvazione del nuovo Atto Aziendale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3”;
- Visto** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00040 del 31.03.2025 avente ad oggetto: “Nomina del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3 (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)”;
- Vista** la Deliberazione n. 1 del 01.04.2025 avente ad oggetto: “Insediamento della Dr.ssa Laura Figorilli in qualità di Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3”;
- Viste** le Determinazioni n. 2 dell’11.03.2024 e n. 6 del 6.05.2024 con le quali sono stati nominati rispettivamente il Dr. Angelo Scozzafava quale Direttore Amministrativo e il Dr. Antonio Bray quale Direttore Sanitario;
- 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 “Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato di *Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019 - 2021* adottato con DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
 - gli adempimenti dei Piani Attuativi della Certificabilità (PAC) previsti dal DCA n. 311/2016, modificato e integrato con DCA n. 69/2018, n. 402/2018 e n. 297/2019;

Deliberazione

-la DGR 938 del 15/11/2024 avente ad oggetto “Aggiornamento del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC) e relativo Modello regionale di controllo interno e Processi di audit”

- 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. 351 del 10.03.2025 è stato approvato il Documento Programmatico relativo alla negoziazione 2025;
- che con Deliberazione n. 498 del 18.08.2025 è stata integrata la deliberazione di cui sopra, al fine di declinare gli obiettivi indicati nella D.G.R. n. 363 del 23.05.2025 ai Negoziatori coinvolti, rimodulando alcune schede di budget già assegnate con il Documento Programmatico 2025;
- Preso atto** che la Regione Lazio, con nota prot. n. 981143 del 6.10.2025, nostro protocollo n. 71422 del 7.10.2025, in ottemperanza alle previsioni contenute nel D.M. 70 del 2022 nonché ai connessi adempimenti PNRR, fornisce alcune indicazioni sulle modalità che l’OTA (Organismi Tecnicamente Accreditati) dovrà adottare per la fase di verifica degli ulteriori requisiti di accreditamento per le Case della Comunità;
- Considerato** che l’Azienda, a seguito della nota suindicata, ha deciso di integrare alcuni obiettivi assegnati ai Distretti interessati (Allegato 1);
- che si rende necessario procedere, altresì, ad una modifica parziale dell’Albero della Performance di cui alla deliberazione n. 142 del 31.01.2025, avente ad oggetto “Approvazione PIAO 2025/2027” (Allegato 2);
- 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 1;
- Rilevato** che ciascun Direttore di Dipartimento, al pari dei singoli negoziatori, ha provveduto a sottoscrivere le schede di UOC/UOSD;
- Dato atto** di quanto già indicato nella delibera n. 351 del 10.03.2025 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 2025 sottoscrivendoli con ciascuno dei Negoziatori;
- Attestato** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 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, come modificata dalla legge 15/2005;

PROPONE

per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati:

- di approvare l'Integrazione alla Deliberazione n. 351 del 10.03.2025, avente ad oggetto "Approvazione del Documento di Budget aziendale per l'anno 2025", come già integrata con Deliberazione n. 498 del 18.08.2025, secondo quanto indicato in premessa e negli allegati alla presente;
- di dare atto che restano ferme tutte le altre disposizioni contenute nelle Deliberazioni n. 351/2025 e n. 498/2025, non oggetto della presente integrazione.

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

IL DIRETTORE GENERALE

- Visto** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista** la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18;
- Visto** l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 432 del 21.03.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 189 del 3.04.2025 e pubblicato sul BURL n. 28 dell'8.04.2025;
- Vista** la deliberazione n. 44 del 22.04.2025 avente ad oggetto: "Recepimento della Delibera n° 189 del 03/04/2025 della Regione Lazio di approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";
- Visto** l'art. 3 comma 6 del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 8 comma 7 della L.R. del Lazio n. 18/94;
- In virtù** dei poteri di cui alla Deliberazione della Asl Roma 3 n. 1 del 01.04.2025 inerente l'insediamento del Direttore Generale Dr.ssa Laura Figorilli;
- 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 e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. 20/1994 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90, come modificata dalla legge 15/2005;
- Visto** il parere del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di approvare la presente Deliberazione avente ad oggetto "Integrazione alle Deliberazioni n. 351 del 10.03.2025 e n. 498 del 18.08.2025 – Approvazione del Documento di Budget aziendale per l'anno 2025. Aggiornamento conseguente alla nota della Regione Lazio prot. n. 981143 del 06.10.2025 e modifica parziale dell'Albero della Performance", composta di n.6 pagine e n.2 allegati, nei termini indicati.
- 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".

Deliberazione

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

II DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

CENTRO DI COSTO

AATDS0000000099

DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA								
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
Anticorruzione e trasparenza - privacy								
U.18.57.1.1	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	%	80	100	10
Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria								
T.7.31.1.1	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Raggiungere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	%	100	100	5
T.7.31.1.2	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4	10
U.7.39.1.1	Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 pu	Relazione a cura DCP	gg	60	0	20
Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale								
A.12.25.1.1	E-health - sanità digitale - dematerializzate	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.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Tessera Team CdG	%	90	100	10
A.12.28.4.1	E-health - sanità digitale - innovazione tecnologica	Riduzione del numero stampanti locali e monitoraggio dei consumabili	Ridurre le stampanti locali e dei consumabili in relazione all'analisi svolta dalla UOC Sistemi ICT	UOC ICT	%	80	100	5

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
 Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgrò

DIP. CURE PRIMARIE

Il Direttore

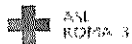
Dott.ssa Daniela Sgrò

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

CENTRO DI COSTO

AATDS0000000099

DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA		Governo delle risorse umane						
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
A.13.29.5.1	Formazione	Progetto Syllabus - acquisizione da parte del personale amministrativo inquadrato in categoria D di almeno 10 badge	Risponde alla formula = 100-personale inquadrato fte /corsi effettuati. Se è presente personale che non ha conseguito almeno 3 badge il risultato non è raggiunto. (si esclude personale in lunga assenza)	UOS Formazione	%	80	100	10
AREA		Qualità e accreditamento						
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.11.1.3.1	Adempimenti richiesti per l'efficiamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio delle attività distrettuali relative alla elaborazione della documentazione finalizzata all'accreditamento delle case di comunità	Rispetto da parte dei distretti degli adempimenti richiesti	gdI accreditamento case di comunità	si/no	0	1	10
AREA		Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa						
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.6.40.3.1	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie	UOC CURE PRIMARIE	%	65	100	10
AREA		Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa						
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.6.40.4.1	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio e trasmissione delle relazioni trimestrali dei Coordinatori di Branca a DS DCP e CDG	Trasmissione entro il mese successivo al trimestre di riferimento delle relazioni dei coordinatori di branca a DS DCP e CDG. Analisi delle criticità.		N	4	4	10

N°obiettivi assegnati 10 Peso scheda 100

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Brancaccio

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorini



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS400000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO XII MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA		Anticorruzione e trasparenza - privacy						
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
U.18.57.1.1	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	%	80	100	5
AREA		Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria						
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.7.31.1.1	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Raggiungere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	%	100	100	5
U.7.39.1.1	Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 pu	Relazione a cura DCP	gg	60	0	5
T.7.58.1.1	Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	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 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia def	SIATES	%	40	100	5
T.7.31.1.2	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4	5

UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO

Il Direttore
 Dott.ssa Loretta Letizia Elauteri

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Scroli

Il Direttore Sanitario

Dr. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS4000000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO XII MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA		Assistenza farmaceutica							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
T.5.38.1.1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici	Commissioni CAPI	n°	10	11	5	
AREA		Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.12.26.1.1	E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. La mancata possibilità di recuperare le prestazioni nel 13° mese impone alle strutture particolare attenzione nel rispetto dei tempi.	UOC CURE PRIMARIE	%	98,5	100	10	
A.12.25.1.1	E-health - sanità digitale - dematerializzate	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.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Tessera Team CdG	%	90	100	10	
AREA		Gestione economico finanziaria							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.14.42.2.1	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+((valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	80	100	2,5	
A.14.30.3.1	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF	UOC REF	%	85	100	5	

UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO

Il Direttore

Dott.ssa Maria Letizia Eleuteri

DIP. CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Segni

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS400000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO XII MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA Governo delle risorse umane

COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
A.13.46.1.1	Performance individuale	Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Rispettare le indicazioni aziendali e la tempistica per la valutazione della performance individuale 2024 e per l'assegnazione degli obiettivi 2025 (Indicazioni già emanate con nota da UOC Risorse Umane - tempistica fornita da UOC Risorse Umane)	Unica	gg.	60	30	2,5

AREA Piano delle cronicità - presa in carico del paziente

COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.4.32.1.1	Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio	sias	N	3	4	5

AREA Qualità e accreditamento

COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.11.1.1.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Programmazione delle Case della Comunità: Definizione delle modalità di funzionamento e coordinamento dei servizi della Casa della Comunità	Stesura del regolamento di funzionamento delle Case della Comunità entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5
T.11.7.1.1	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Analisi dei bisogni di salute della popolazione residente del Distretto e identificazione dei bisogni prevalenti	Relazione alla Direzione Strategica entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5
A.11.39.1.2	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI - Art. 26 - RSA - Hospice- DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Anm.va Cure Primarie	UOC Accreditamento	%	80	100	5
T.11.1.2.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Definizione delle linee prioritarie di attività per l'anno 2025	Redazione del Piano Annuale delle attività della Casa della Comunità anno 2026 entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5

UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO

Il Direttore
 Dott.ssa Anna Letizia Eleuteri

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

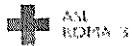
Dott.ssa Daniela Sgrò

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE **UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO**
 CENTRO DI COSTO **AATDS4000000099**
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO **DISTRETTO SANITARIO XII MUNICIPIO - COSTI COMUNI**

giovedì 6 novembre 2025

AREA **Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa**

COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.6.62.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula $=1-(\%b*50+\%p*100)/2$	Lazio Crea	%	90	100	10
T.6.40.3.1	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie	UOC CURE PRIMARIE	%	65	100	5

N°obiettivi assegnati **18** Peso scheda **100**

UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO
 Il Direttore
 Dott.ssa Maria Lorenza Eleuteri

DIP.CURE PRIMARIE
 Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale
 Dott.ssa Laura Fiorilli

STRUTTURA NEGOZIALE **UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO**
 CENTRO DI COSTO **AATDS3000000099**
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO **DISTRETTO SANITARIO XI MUNICIPIO - COSTI COMUNI**

giovedì 6 novembre 2025

AREA **Anticorruzione e trasparenza - privacy**

COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
U.18.57.1.1	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	%	80	100	5

AREA **Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria**

COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.7.31.1.1	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Raggiungere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	%	100	100	5
U.7.39.1.1	Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 pu	Relazione a cura DCP	gg	60	0	5
T.7.58.1.1	Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	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 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia def	SIATES	%	40	100	5
T.7.31.1.2	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4	5

UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO
 Il Direttore

Dott.ssa Monica Fomicialla

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli

STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS3000000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO XI MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA								
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
Assistenza farmaceutica								
T.5.38.1.1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici	Commissioni CAPI	n°	10	11	5
Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale								
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
A.12.26.1.1	E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. La mancata possibilità di recuperare le prestazioni nel 13° mese impone alle strutture particolare attenzione nel rispetto dei tempi.	UOC CURE PRIMARIE	%	98,5	100	10
A.12.25.1.1	E-health - sanità digitale - dematerializzate	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.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Tessera Team CdG	%	90	100	10
Gestione economico finanziaria								
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
A.14.42.2.1	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	80	100	2,5
A.14.30.3.1	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF	UOC REF	%	85	100	5

UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO
 Il Direttore

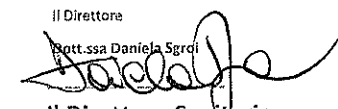
Dot.ssa Monica Fomiciello



DIP.CURE PRIMARIE

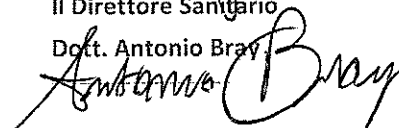
Il Direttore

Dot.ssa Daniela Sgrò



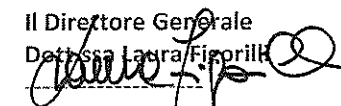
Il Direttore Sanitario

Dot. Antonio Bray



Il Direttore Generale

Dot.ssa Laura Figorilli



STRUTTURA NEGOZIALE **UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO**
 CENTRO DI COSTO **AATDS300000099**
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO **DISTRETTO SANITARIO XI MUNICIPIO - COSTI COMUNI**

giovedì 6 novembre 2025

AREA		Governio delle risorse umane						
COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FORNTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
A.13.46.1.1	Performance individuale	Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Rispettare le indicazioni aziendali e la tempistica per la valutazione della performance individuale 2024 e per l'assegnazione degli obiettivi 2025 (Indicazioni già emanate con nota da UOC Risorse Umane - tempistica fornita da UOC Risorse Umane)	Unica	gg.	60	30	2,5
AREA		Piano delle cronicità - presa in carico del paziente						
COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FORNTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.4.32.1.1	Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio	sias	N	3	4	5
AREA		Qualità e accreditamento						
COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FORNTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.11.1.1.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Programmazione delle Case della Comunità: Definizione delle modalità di funzionamento e coordinamento dei servizi della Casa della Comunità	Stesura del regolamento di funzionamento delle Case della Comunità entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5
T.11.7.1.1	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Analisi dei bisogni di salute della popolazione residente del Distretto e identificazione dei bisogni prevalenti	Relazione alla Direzione Strategica entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5
A.11.39.1.2	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI - Art. 26 - RSA - Hospice- DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie	UOC Accreditamento	%	80	100	5
T.11.1.2.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Definizione delle linee prioritarie di attività per l'anno 2026	Redazione del Piano Annuale delle attività della Casa della Comunità anno 2026 entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5

UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO
 Il Direttore

Dott.ssa Monica Fonicello

DIP. CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgrò

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli

STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS3000000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO XI MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa

COD.	OGGETTIVO STRATEGICO	OGGETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.6.62.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula $=1-(\%b*50+\%p*100)/2$	Lazio Crea	%	90	100	10
T.6.40.3.1	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie	UOC CURE PRIMARIE	%	65	100	5

N°obiettivi assegnati 18 Peso scheda | 100

UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO
 Il Direttore

Dott.ssa Monica Formicelli



DIP.CURE PRIMARIE

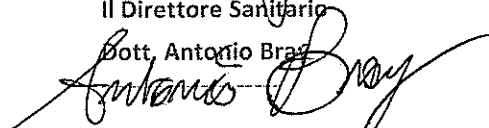
Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgrbi



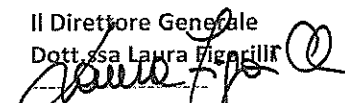
Il Direttore Sanitario

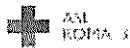
Dott. Antonio Braschi



Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Fignarilli





Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE

UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO

CENTRO DI COSTO

AATDS100000099

DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO

DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA Anticorruzione e trasparenza - privacy

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
U.18.57.1.1	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	%	80	100	5

AREA Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.7.31.1.1	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Raggiungere il 10 % della popolazione {(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)}	SIATES	%	100	100	5
U.7.39.1.1	Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 pu	Relazione a cura DCP	gg	60	0	5
T.7.58.1.1	Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	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 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia def	SIATES	%	40	100	5
T.7.31.1.2	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4	5

UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO

Il Direttore

Dott. Filippo Muscolo

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bracci

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE **UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO**
 CENTRO DI COSTO **AATDS1000000099**
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO **DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO - COSTI COMUNI**

giovedì 6 novembre 2025

AREA		Assistenza farmaceutica							
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
T.5.38.1.1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici	Commissioni CAPI	n°	10	11	5	
AREA		Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale							
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.12.26.1.1	E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. La mancata possibilità di recuperare le prestazioni nel 13° mese impone alle strutture particolare attenzione nel rispetto dei tempi.	UOC CURE PRIMARIE	%	98,5	100	10	
A.12.25.1.1	E-health - sanità digitale - dematerializzate	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.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Tessera Team CdG	%	90	100	10	
AREA		Gestione economico finanziaria							
COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.14.42.2.1	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)*(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	80	100	2,5	
A.14.30.3.1	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF	UOC REF	%	85	100	5	

UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO
 Il Direttore

Dott. Filippo Muscolo

DIP. CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgrò

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Fiorilli


STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO
 CENTRO DI COSTO AATDS1000000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA		Governo delle risorse umane							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.13.46.1.1	Performance individuale	Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Rispettare le indicazioni aziendali e la tempistica per la valutazione della performance individuale 2024 e per l'assegnazione degli obiettivi 2025 (Indicazioni già emanate con nota da UOC Risorse Umane - tempistica fornita da UOC Risorse Umane)	Unica	gg.	60	30	2,5	
AREA		Piano delle cronicità - presa in carico del paziente							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
T.4.32.1.1	Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio	sias	N	3	4	5	
AREA		Qualità e accreditamento							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
T.11.1.1.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Programmazione delle Case della Comunità: Definizione delle modalità di funzionamento e coordinamento dei servizi della Casa della Comunità	Stesura del regolamento di funzionamento delle Case della Comunità entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5	
T.11.7.1.1	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Analisi dei bisogni di salute della popolazione residente del Distretto e identificazione dei bisogni prevalenti	Relazione alla Direzione Strategica entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5	
A.11.39.1.2	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI - Art. 26 - RSA - Hospice- DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie	UOC Accreditamento	%	80	100	5	
T.11.1.2.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Definizione delle linee prioritarie di attività per l'anno 2026	Redazione del Piano Annuale delle attività della Casa della Comunità anno 2026 entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5	

UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO
 Il Direttore


Dott. Filippo Muscolo



DIP. CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sironi



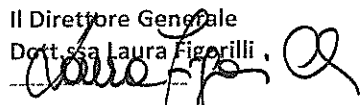
Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray



Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli





Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE **UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO**
 CENTRO DI COSTO **AATDS1000000099**
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO **DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO - COSTI COMUNI**

giovedì 6 novembre 2025

AREA **Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa**

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.6.62.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula =1-(%b*50+%p*100)/2	Lazio Crea	%	90	100	10
T.6.40.3.1	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie	UOC CURE PRIMARIE	%	65	100	5

N°obiettivi assegnati 18 Peso scheda 100

UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO

Il Direttore

Dott. Filippo Muscolo

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

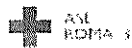
Dott.ssa Daniela Sgrbi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figarilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
CENTRO DI COSTO AATDS200000099
DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO X MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA Anticorruzione e trasparenza - privacy

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FORNTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
U.18.57.1.1	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	%	80	100	5

AREA Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FORNTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.7.31.1.1	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Raggiungere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	%	100	100	5
U.7.39.1.1	Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 pu	Relazione a cura DCP	gg	60	0	5
T.7.58.1.1	Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	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 2024 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13. La valutazione prevede il raggiungimento di un valore superiore ai seguenti valori soglia def	SIATES	%	40	100	5
T.7.31.1.2	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4	5

UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
Il Direttore f.f.

Dott.ssa Daniela Sgroi

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

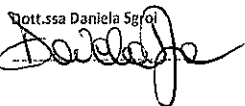
Dott.ssa Laura Fignorilli

STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS2000000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO X MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

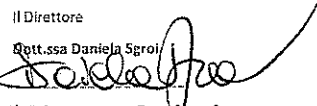
AREA		Assistenza farmaceutica							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
T.5.38.1.1	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici	Commissioni CAPI	n°	10	11	5	
AREA		Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.12.26.1.1	E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. La mancata possibilità di recuperare le prestazioni nel 13° mese impone alle strutture particolare attenzione nel rispetto dei tempi.	UOC CURE PRIMARIE	%	98,5	100	10	
A.12.25.1.1	E-health - sanità digitale - dematerializzate	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.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Tessera Team CdG	%	90	100	10	
AREA		Gestione economico finanziaria							
COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO	
A.14.42.2.1	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	80	100	2,5	
A.14.30.3.1	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF	UOC REF	%	85	100	5	

UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
 Il Direttore f.f.

Dott.ssa Daniela Sgrò


DIP.CURE PRIMARIE

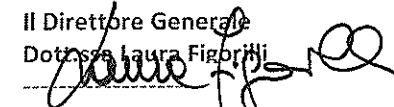
Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgrò


Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray


Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figlioli




Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
 CENTRO DI COSTO AATDS200000099
 DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO X MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA Governo delle risorse umane

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
A.13.46.1.1	Performance individuale	Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Rispettare le indicazioni aziendali e la tempistica per la valutazione della performance individuale 2024 e per l'assegnazione degli obiettivi 2025 (Indicazioni già emanate con nota da UOC Risorse Umane - tempistica fornita da UOC Risorse Umane)	Unica	gg.	60	30	2,5

AREA Piano delle cronicità - presa in carico del paziente

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.4.32.1.1	Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio	sias	N	3	4	5

AREA Qualità e accreditamento

COD.	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTI DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.11.1.1.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Programmazione delle Case della Comunità: Definizione delle modalità di funzionamento e coordinamento dei servizi della Casa della Comunità	Stesura del regolamento di funzionamento delle Case della Comunità entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5
T.11.7.1.1	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Analisi dei bisogni di salute della popolazione residente del Distretto e identificazione dei bisogni prevalenti	Relazione alla Direzione Strategica entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5
A.11.39.1.2	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI - Art. 26 - RSA - Hospice- DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle struttura) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie	UOC Accreditamento	%	80	100	5
T.11.1.2.1	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Definizione delle linee prioritarie di attività per l'anno 2026	Redazione del Piano Annuale delle attività della Casa della Comunità anno 2026 entro il 30.11	gdl accreditamento case di comunità	gg	3	0	5

UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
 Il Direttore f.f.

Dott.ssa Daniela Sgroi

DIP. CURE PRIMARIE

Il Direttore

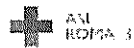
Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Figorilli



Sistema di gestione delle performance Aziendali:
 Scheda di Budget Operativo 2025



STRUTTURA NEGOZIALE

UOC DISTRETTO X MUNICIPIO

CENTRO DI COSTO

AATDS2000000099

DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO DISTRETTO SANITARIO X MUNICIPIO - COSTI COMUNI

giovedì 6 novembre 2025

AREA Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa

COD.	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	FONTE DATI	UNIT	MIN.	ATT.	PESO
T.6.62.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula $=1-(\%b*50+\%p*100)/2$	Lazio Crea	%	90	100	10
T.6.40.3.1	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie	UOC CURE PRIMARIE	%	65	100	5

N°obiettivi assegnati 18 Peso scheda 100.

UOC DISTRETTO X MUNICIPIO
 Il Direttore f.f.

Dott.ssa Daniela Sgroi

DIP.CURE PRIMARIE

Il Direttore

Dott.ssa Daniela Sgroi

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Bray

Il Direttore Generale

Dott.ssa Laura Fiorilli

ALLEGATO 2

Codice Obiettivo	Area	Obeiettivo Strategico	Oboiettivo Specifico	Indicatore	Fonte Dati	U. Misura	Atteso (100%)	Minimo (0%)
A.11.19.1.1	Qualità e accreditamento	Controlli strutture accreditate	Effettuare la verifica di almeno 25 strutture accreditate. Report trimestrali	Verificare 25 strutture accreditate e trasmettere alla fine del trimestre relazione a DS e CdG (percentuale in relazione al numero di strutture controllate - il mancato invio delle relazioni determina il non raggiungimento dell'obiettivo)	UOC Accreditamento	%	92	100
A.11.39.1.1	Qualità e accreditamento	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice-DSM).	Attività di sollecito e monitoraggio in relazione al rispetto della committenza sulle strutture territoriali di rispettiva competenza. Quattro relazioni trimestrali da trasmettere a DS CdG e strutture responsabili della committenza.	CDG	n	4	4
A.11.39.1.2	Qualità e accreditamento	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice-DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle strutture) le verifiche di conformità - valuta UOC Accreditamento mentre per ADI UOC Amm.va Cure Primarie	UOC Accreditamento	%	80	100
A.11.39.1.3	Qualità e accreditamento	Monitoraggio della committenza	Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture territoriali (ADI – Art. 26 – RSA – Hospice-DSM).	Trasmettere tempestivamente (entro 7 gg dal ricevimento della documentazione delle strutture) le verifiche di conformità - Valuta UOC Amministrativa della Prevenzione e della Salute Mentale	UOC Amm.va DSM e DP	n	80	100
A.11.53.1.1	Qualità e accreditamento	Qualità e rischio clinico	Elaborazione del programma qualità ICA	Conclusione del programma avviato nel 2024 entro il 30/06/2025	RISCHIO CLINICO	gg	30	0
A.11.53.2.1	Qualità e accreditamento	Qualità e rischio clinico	Approvazione Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2025	Approvare la Delibera e trasmissione a Regione del PARS entro il 28/02/2025	I-share Doc	si/no	1	1
A.11.65.1.1	Qualità e accreditamento	Saldi produzione assistenza ospedaliera e specialistica strutture accreditate	Comunicazione del saldo delle partite di debito/credito alle strutture private accreditate	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	UOC Accreditamento	%	90	100
A.12.25.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health - sanità digitale - dematerializzate	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.	Ridurre a 10% < l'utilizzo di ricettario cartaceo. Il Personale che effettua prestazioni presso i CAD è esentato dall'obbligo limitatamente a tale attività.	Tessera Team CdG	%	90	100
A.12.26.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health - sanità digitale - eseguiti	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. Produzione riconosciuta > al 98,5 % di quella eseguita.	Apposizione flag sugli eseguiti dell'attività ambulatoriale. La mancata possibilità di recuperare le prestazioni nel 13° mese impone alle strutture particolare attenzione nel rispetto dei tempi.	UOC CURE PRIMARIE	%	98,5	100
A.12.27.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health - sanità digitale – Fascicolo sanitario	Attuazione cronoprogramma Regionale per l'avvio del fascicolo sanitario elettronico (FSE)	Relazioni semestrali sul rispetto del cronoprogramma regionale al Ds Da e CDG	UOC Competence	N	4	4
A.12.28.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Facilitare l'utilizzo degli applicativi presenti su office 365 attraverso linee guida e attività formative.	predisposizione da parte della UOC SISTEMI ICT di almeno 4 corsi e due Demo nella intranet	UOS Formazione	N	5	6
A.12.28.2.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Garantire il supporto richiesto, nell'ambito degli investimenti PNRR e alle dashboard di Contabilità analitica, finalizzato alla certificazione INFRAM ENFRAM	Garantire il supporto e l'adozione delle misure richieste dalla UOC Sistemi ICT che valuta trimestralmente il raggiungimento del risultato	ICT - CDG	%	80	100
A.12.28.3.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Adozione dello strumento documentale aziendale (share doc) per quanto riguarda PEC e processo di giro delle firme.	Dare seguito alle linee guida e alla formazione di competenza della UOC ICT e Adottare lo strumento con Spin off account pec attuale entro 30/06	UOC ICT	gg	90	0
A.12.28.4.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Riduzione del numero stampanti locali e monitoraggio dei consumabili	Ridurre le stampanti locali e dei consumabili in relazione all'analisi svolta dalla UOC Sistemi ICT	UOC ICT	%	80	100
A.12.28.5.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	E-health – sanità digitale – innovazione tecnologica	Migrazione dei servizi definiti da ACN "critici" al Polo Strategico Nazionale entro il 2025 e migrazione completa dei dati diagnostici entro il 2025;	Trasmissione cronoprogramma entro 31/03, validazione della direzione e rispetto delle scadenze dello stesso (rispetto scadenza cronoprogramma e altre scadenze. gg di ritardo). Limite oggettivo i tempi della programmazione regionale.	UOC ICT	gg	120	60
A.12.54.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso File F e Flusso File R (mensile) e Dispositivi Medici (trimestrale)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii	FARMACIA OSPEDALIERA	n	24	28
A.12.54.2.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Corretto invio flussi di rendicontazione Ministeriale Flusso Dispositivi Medici (trimestrale)	Corretta elaborazione del flusso. Valuta farmacia Ospedaliera	FARMACIA OSPEDALIERA	n	4	4
A.12.54.3.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Trasmissione flusso mensile regionale entro il 20 (Sistema Informativo Ospedaliero Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, Sistema Informativo Riabilitazione, Flusso Hospice)	Invio dei flussi codificati e corretta gestione degli invii (i numeri verranno rideterminati se il rad r confluirà nel SIO)	ESIS	n	56	60
A.12.54.4.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Corretta gestione del flusso SIO. Implementazione recupero SDO in abbattimento ancora rettificabile. Invio a DMPOU e ai reparti.	Controllo relativo alle SDO con abbattimento tariffario e comunicazione alla DM POU per correzione e recupero. Copia della comunicazione va inviata ai reparti con SDO.	Report mensili a DMPOU e reparti e Relazione trimestrale DS e CdG	n	14	16
A.12.54.5.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Elaborazione / Trasmissione delle SDO nel rispetto delle scadenze previste dalla regione e corretta compilazione della cartella clinica	Il risultato è frutto della formula pe il 50% del punteggio pari a: 1-(valore prod. non riconosciuta*100)/(valore della prod. riconosciuta *10); per il restante 50% pari alla valutazione di completezza della cartella clinica assegnata da DMPOU	UOC ESIS - DMPOU	%	50	100
A.12.54.6.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Qualità e tempestività' nella gestione dei flussi informativi	Invio del flusso relativo ai contratti dei Dispositivi Medici	Corretto invio del flusso, scarti inferiori al 5%	siges	%	95	100
A.12.6.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Analisi dei dati di produzione derivanti dai flussi del Sistema Informativo Sanitario	Organizzazione di incontri di approfondimento relativi all'analisi dei dati di produzione	Incontri anche in modalità a distanza finalizzati al monitoraggio della produzione, dell'appropriatezza, degli esiti, dei processi, da convocarsi entro 45 gg dalla trasmissione alla direzione dei dati di produzione	CDG ESIS	N	6	10
A.12.6.2.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Analisi dei dati di produzione derivanti dai flussi del Sistema Informativo Sanitario	Trasmissione trimestrale CE di reparto per CDR (30/04 – 31/07 – 30/10 e 31/03/26) + Ce di reparto di fine anno (30 gg dopo approvazione bilancio di esercizio) e analisi sugli indicatori di esito e processo	trasmissione alle strutture del Ce di reparto - 4 report trimestrali e analisi sull'andamento degli indicatori di esito e processo da trasmettere a Direzione Strategica. (CdG e Esis)	CDG	N	4	4
A.12.70.1.1	Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale	Semplificazione di accesso ai servizi e alle informazioni	Chiusura del vecchio sito intranet aziendale e aggiornamento del nuovo	Chiusura del vecchio sito intranet entro il 30/06/2025	sistemi ict	gg	90	30
A.13.15.1.1	Governo delle risorse umane	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità	Evento formativo per il contrasto alle discriminazioni di genere nei luoghi di lavoro.	realizzare almeno 1 evento per il contrasto delle discriminazioni nei luoghi di lavoro	UOC Professioni Sanitarie	%	1	>1

A.13.15.2.1	Governo delle risorse umane	Attuazione Piano Azioni Positive e Piano Attuazione Equità	Monitoraggio dell'efficacia delle attività aziendali finalizzate al contenimento della violenza di genere	2 relazioni al 30/06 e ala 30/10 con proposte di azioni integrative	UOC Servizio Inf. ed Ostetrico delle cure Opsedaliere	GG	30	0
A.13.22.1.1	Governo delle risorse umane	Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Rispetto del valore di spesa concordato a bilancio e mantenimento delle sopravvenienze passive entro i 400.000,00 euro	Risponde alla formula =(Valore B1 concordamento/B1 Ce IV Trim*100)-(importo sopravvenienze superiore a 500.000,00/500.000,00). Se le sopravvenienze del personale dipendente e specialista convenzionato non superano le 500.000,00 non vengono considerate in tale caso la percentuale del concordamento superiore a 100% produce 100.	Ce IV trimestre	%	75	100
A.13.22.2.1	Governo delle risorse umane	Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Relazioni trimestrali sui tempi di reclutamento, distinti per concorso aziendale, e utilizzo graduatorie.	predisporre 3 report trimestrali (al 30/06; 30/09; 31/12)	UOC Risorse Umane	n	4	4
A.13.22.3.1	Governo delle risorse umane	Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Analisi trimestrale sulle cause delle cessazioni / trasferimenti / comandi in uscita (esclusi pensionamenti)	predisporre 4 report trimestrali sulle cause delle cessazioni (gruppo Risorse umane + Competence)	UOC Competence	n	2	2
A.13.22.3.1	Governo delle risorse umane	Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Analisi trimestrale sulle cause delle cessazioni / trasferimenti / comandi in uscita (esclusi pensionamenti)	predisporre 3 report trimestrali (al 30/06; 30/09; 31/12) sulle cause delle cessazioni (gruppo Risorse umane + Competence)	UOC Competence	n	3	3
A.13.22.4.1	Governo delle risorse umane	Controllo della spesa, programmazione e soddisfacimento del fabbisogno	Monitoraggio del benessere e del corretto inserimento lavorativo dei nuovi assunti, anche attraverso questionari da inviare online	Predisporre 4 report trimestrali da inviare a DG DA DS CDG UOC Risorse Umane, ove si rilevino criticità relazionarsi con i Dirigenti dei servizi e il Diprosan se trattasi di professioni sanitarie	UOC Competence	n	3	3
A.13.29.1.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Promozione di corsi sul benessere del personale.	realizzare almeno 4 eventi formativi	UOS Formazione	n	4	3
A.13.29.2.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Aggiornamento Piano Formativo Aziendale in corso di vigenza	Aggiornamento del PFA relativamente alle nuove esigenze manifestate, previa validazione della Direzione strategica e del Comitato scientifico. Due relazioni semestrali	UOS Formazione	N	2	2
A.13.29.3.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Corretta gestione del corso di formazione triennale per Medici di medicina generale	Relazionare trimestralmente in ordine alla gestione didattica, logistica e economico finanziaria del Corso di formazione triennale per MMG.	UOS Formazione	N	4	4
A.13.29.4.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Monitoraggio sull'attuazione del Piano formativo biennale - relazioni al 30/06 - 30/09 e a consuntivo con indicazione di numero corsi / numero frequentanti / numero docenti interni ed esterni / costi sostenuti	predisporre tre report	UOS Formazione	n	2	3
A.13.29.5.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Progetto Syllabus - acquisizione da parte del personale amministrativo inquadrato in categoria D di almeno 10 badge	Risponde alla formula = 100-personale inquadrato fte /corsi effettuati. Se è presente personale che non ha conseguito almeno 3 badge il risultato non è raggiunto. (si esclude personale in lunga assenza)	UOS Formazione	%	80	100
A.13.29.6.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Supporto alle strutture per l'abilitazione del personale alla piattaforma Syllabus e monitoraggio trimestrale relativo al raggiungimento dell'obiettivo da parte delle strutture interessate	Supporta le strutture, garantendo tempestive abilitazioni e monitora il raggiungimento dell'obiettivo con tre relazioni a partire dal monitoraggio al 30/06	UOS Formazione	SI/NO	3	3
A.13.29.7.1	Governo delle risorse umane	Formazione	accreditamento dell'Azienda quale struttura facente parte delle reti formative finalizzata all'assunzione degli specializzandi	Dare attuazione a quanto previsto dall'art. 1 comma 342 della legge 207 2024 - predisporre gli atti finalizzati ad ottenere il decreto entro il 31/03/2025	Decreto Ministero Università	gg	0	30
A.13.46.1.1	Governo delle risorse umane	Performance individuale	Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale	Rispettare le indicazioni aziendali e la tempistica per la valutazione della performance individuale 2024 e per l'assegnazione degli obiettivi 2025 (Indicazioni già emanate con nota da UOC Risorse Umane - tempistica fornita da UOC Risorse Umane)	Unica	gg.	60	30
A.14.30.1.1	Gestione economico finanziaria	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Assegnazione Budget economico	Assegnazione dei budget economici alle strutture entro 30 gg dalla delibera aziendale di presa d'atto del concordamento regionale	I-share Doc	gg	30	30
A.14.30.2.1	Gestione economico finanziaria	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Assegnazione ai negoziatori di spesa dei tetti fissati dal bilancio di previsione aziendale e monitoraggio dell'andamento della spesa. Riunioni ove necessario a seguito dei CE che evidenziano incremento di spesa.	Riunioni con i negoziatori di budget con incremento di spesa evidenziata dai CE elaborati da UOC REF. Analisi dei CE di Reparto con incrementi anomali. Relazioni trimestrali congiunte UOC REF + CdG a DA e DG.	UOC REF	n	4	4
A.14.30.3.1	Gestione economico finanziaria	Governo della spesa – rispetto del concordamento	Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione.	Totale budget assestato a fine anno / budget assegnato se il budget è stato superato risponde alla formula =100-(incremento di budget/budget assegnato)*100. Valuta UOC REF	UOC REF	%	85	100
A.14.37.1.1	Gestione economico finanziaria	Modalità di pagamento vaccinazioni non obbligatorie	Possibilità di pagamento tramite il portale Pago PA dal 01/07/2025	avvio della possibilità di pagamento entro il 01/07/2025	UOC REF	gg	90	30
A.14.42.1.1	Gestione economico finanziaria	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da liquidare	Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	85	100
A.14.42.1.1	Gestione economico finanziaria	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da liquidare	Rispetto dei tempi di liquidazione. =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	80	100
A.14.42.2.1	Gestione economico finanziaria	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	n° fatture liquidate oltre scadenza a causa della certificazione in ritardo sul numero complessivo da certificare Rispetto dei tempi di liquidazione	Risponde alla formula =1-(fatture liquidate oltre temine/fatture totali)+(valore fatture liquidate oltre temine/valore totale)/2	UOC REF	%	80	100
A.14.42.3.1	Gestione economico finanziaria	Monitoraggio stato pagamenti : tempi di liquidazione fatture	Attività di sollecito dei DEC dagli uffici liquidatori per quanto riguarda il rispetto dei tempi di trasmissione della congruità di competenza. (relazione bimestrale al Direttore Amministrativo e al CdG sugli inadempimenti)	realizzare 6 relazioni bimestrali da parte di Uffici liquidatori	CDG	n	5	6
A.14.45.1.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Note di Credito da Ricevere	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.45.10.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Monitoraggio trimestrale in relazione all'attuazione dei PAC	Relazioni trimestrale con il grado di raggiungimento dell'obiettivo da trasmettere ai soggetti coinvolti, DA e CGG	UOC REF	%	100	100
A.14.45.2.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Fondo Rischi	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.45.4.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Fatture da ricevere	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.45.6.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità , monitoraggio accantonamento Debiti verso personale	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.45.7.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità accantonamenti a quota inutilizzata	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.45.7.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità Altri fondi per oneri e spese	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.45.9.1	Gestione economico finanziaria	Pac e rispetto degli adempimenti contabili	Dare seguito agli adempimenti contabili e ai Piani Attuativi della Certificabilità crediti e altri crediti	Il Direttore uoc REF valuta , in sede di rendicontazione trimestrale , la corretta attuazione delle misure necessarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo aziendale	UOC REF	%	80	100
A.14.72.1.1	Gestione economico finanziaria	Tempistica approvazione adempimenti di bilancio	Rispetto della tempistica regionale legata all'approvazione dei CE Trimestrali, Bilancio Economico 2025, Concordamento 2024, Bilancio di Esercizio 2023. 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 percentualmente il risultato)	Trasmissione al CDG file stratto 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	gg	0	30
A.15.10.1.1	Gestione tecnica e attuazione PNRR	Apparecchiature alta tecnologia	Monitoraggio trimestrale del tempo di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia - TAC e RMN. Relazione a Direttore Sanitario e CdG.	4 relazioni trimestrali	Uoc Diagnostica per immagini	%	4	4

A.15.39.3.1	Gestione tecnica e attuazione PNRR	Rispetto dell'attuazione del piano investimenti finanziati	Rendicontazione su piattaforma regis e piattaforma regionale degli interventi	Documentazione caricata su piattaforma, per ogni singolo rendiconto, completa e corretta per almeno il 75%	REGIS	%	75	75
A.15.59.1.1	Gestione tecnica e attuazione PNRR	Rispetto dell'attuazione del piano investimenti finanziati	Rispetto degli adempimenti relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati	4 relazioni trimestrali	UOC Risorse Tecnologiche	N	4	4
A.15.59.2.1	Gestione tecnica e attuazione PNRR	Rispetto dell'attuazione del piano investimenti finanziati	Allineamento mensile di tutti i dati dell'intervento (procedurali , fisici e finanziari) su piattaforma REGIS	Valore del disallineamento < 1%	REGIS	%	1	1
A.15.60.1.1	Gestione tecnica e attuazione PNRR	Rispetto delle azioni e del cronoprogramma PNRR in ordine alla programmazione dell'attività sanitaria	Monitoraggio dei processi gestiti dalle COT	Report trimestrale sul numero dei pazienti presi in carico e sulle transizioni di setting gestite, monitorare il tempo tra la richiesta di dimissione e dimissione effettiva	DIPROSAN	n°	4	4
A.15.61.1.1	Gestione tecnica e attuazione PNRR	Rispetto delle azioni e del cronoprogramma PNRR sia in ordine ai lavori, agli acquisti alla programmazione dell'attività sanitaria	Rispetto degli adempimenti regionali e aziendali relativi all'utilizzo dei finanziamenti assegnati ex art.20 L. 67/88	Art 1 comma 436 legge 202/2017 e art 4 -quinquies, comma 1 del D.L. 18/04/2019 n°32: presentazione all'area competente del progetto da porre a base di gara e comunicazione dell'avvenuta aggiudicazione entro la data prevista dalla normativa vigente. Per gli altri fondi statali : suia rispettata la tempistica prevista nelle specifiche convenzioni stipulate dalla regione Lazio con gli Enti Finanziatori	UOC Risorse Tecnologiche	%	80	100
A.16.13.1.1	Approvvigionamenti	Attuazione nuovo codice appalti e monitoraggio della corretta esecuzione degli affidamenti	Relazioni trimestrali sulla concreta attuazione del Nuovo Codice degli appalti.	predisporre 2 relazioni semestrali da trasmettere al DA, CDG e al RPTC	UOC Approvvigionamenti	N	2	2
A.16.13.2.1	Approvvigionamenti	Attuazione nuovo codice appalti e monitoraggio della corretta esecuzione degli affidamenti	Formazione continua Peer to peer in piccoli gruppi per favorire le competenze gestionali relative allo svolgimento del ruolo di RUP e DEC	predisporre almeno 12 incontri RUP/DEC entro il 31/12/2024	UOC Approvvigionamenti	N	8	12
A.16.13.3.1	Approvvigionamenti	Attuazione nuovo codice appalti e monitoraggio della corretta esecuzione degli affidamenti	predisporre un albo aziendale per l'individuazione di RUP e DEC	predisporre alla Direzione Strategica un regolamento finalizzato a istituire l'albo aziendale per l'individuazione di RUP e DEC. Proposta entro il 30/04/2025	Dipartimento fattori produttivi	gg	30	0
A.16.5.1.1	Approvvigionamenti	Aggiudicazioni senza proroga e rinnovo affidamenti ict	Evitare le delibere di proroga e il ritardo nel rinnovo degli affidamenti	1-((delibere proroga/delibere aggiudicazione) + (valore dp/valore da)) /2	UOC Approvvigionamenti	%	65	100
A.16.5.1.2	Approvvigionamenti	Aggiudicazioni senza proroga e rinnovo affidamenti ict	Evitare le delibere di proroga e il ritardo nel rinnovo degli affidamenti	somma giorni di ritardo dalla scadenza degli affidamenti ICT alle delibere di rinnovo	UOC ICT	gg	180	120
A.16.7.1.1	Approvvigionamenti	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Predisposizione proposta di delibera di approvazione del piano gare 2026/27 con il cronoprogramma delle stesse entro il 31/10/2025	approvazione della delibera entro il 31/10/25	i-share doc	gg	30	0
A.16.7.2.1	Approvvigionamenti	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Monitoraggio attuazione piano gare 2024/25	predisposizione di 2 relazioni semestrali da trasmettere al CDG e al RPTC	UOC ICT	N	2	2
A.17.41.1.1	Area del contenzioso	Monitoraggio e gestione eventi avversi	Rendicontazione trimestrale alla Direzione Sanitaria degli eventi avversi segnalati.	realizzazione 4 report. Al controllo di Gestione vanno inviate le note di accompagnamento senza il report	CDG	n	4	4
A.17.41.2.1	Area del contenzioso	Monitoraggio e gestione eventi avversi	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare per competenza a DS e DA e CDG in ordine alla collaborazione offerta dalla strutture interessate dalle richieste di istruttoria. 30/06 - 31/12	Ufficio Legale -UOC Rischio Clinico	n	2	2
A.17.41.2.2	Area del contenzioso	Monitoraggio e gestione eventi avversi	Rispetto delle scadenze utili alla difesa dell'azienda;	Relazionare DS in ordine alla attività consulenziale verso Rischio clinico E Ufficio Legale 30/06 - 31/12	Ufficio Legale -UOC Rischio Clinico	n	2	2
A.17.75.1.1	Area del contenzioso	Recupero crediti	Analisi entro il 31/03/2025 dei crediti da aggredire e predisposizione cronoprogramma.	predisposizione 4 report trimestrali sull'andamento delle attività di recupero crediti e un cronoprogramma entro il 30/05/2025	Ufficio Legale	n	4	5
A.17.8.1.1	Area del contenzioso	Analisi dei processi Amministrativi	Analisi dei costi interni ed esterni dei patrocini legali, nonché degli esiti	Redigere tre relazioni al 30/06 al 30/09 e a rendicontazione relativamente all'efficacia dei patrocini esterni, rispetto ai costi interni di funzionamento dell'Ufficio Legale	Relazione Ufficio Legale	N	2	3
A.18.18.1.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Contrattualizzazione dei fornitori aggiudicatari di gare sopra soglia	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare	Trasmissione tempestiva della documentazione necessaria alla sottoscrizione dei contratti sopra soglia alla UOSD Affari generali. Valuta UOSD AAGG (30 GG Da data di aggiudicazione)	UOSD AAGG	GG	30	0
A.18.18.1.2	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Contrattualizzazione dei fornitori aggiudicatari di gare sopra soglia	Sottoscrizione tempestiva dei contratti a seguito aggiudicazione gare	Predisposizione tempestiva del contratto e trasmissione ai fornitori a seguito di aggiudicazione di gara sopra soglia. 4 relazioni con report tempistica (del. agg.ne - arrivo documentazione - trasmissione contratto a fornitore - ricevimento contratto sottoscritto) con le quali valuta anche tempestivo adempimento UOC Approvvigionamenti.	UOSD AAGG	N	4	4
A.4.1.1.1	Piano delle cronicità - presa in carico del paziente	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attivazione entro il 31/12/2025 delle liste uniche di attesa gestite dalle COT A, relative alle RSA e Hospice	report sintetico con modalità ed esiti della gestione annuale entro 31/12/2025	Piattaforma Transitiomale care	SI/NO	1	1
A.4.1.2.1	Piano delle cronicità - presa in carico del paziente	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Definizione di un cronoprogramma per l'attivazione delle liste uniche di attesa gestite dalle COT A relative ai setting assistenziali residenziali extraospedalieri Area Salute Mentale Adulti / Minori entro il 31/12/2025	report con cronoprogramma che descriva tempistiche di realizzazione delle liste uniche	CDG	SI/NO	1	1
A.9.29.1.1	Governo delle risorse umane	Formazione	Adozione delle misure previste dal Progetto Mappature Rischio Sanitario	Adozione delle misure dell'aggregato A2	Risk Management	N°	12	18
A.9.29.2.1	Governo delle risorse umane	Formazione	% degli operatori da formare che hanno completato il percorso formativo dei moduli A e B , alla data del 31/12/2025	n° operatori che hanno completato il modulo A e modulo B / totale degli operatori da formare in tema di ICA al 31/12/2025	Risk Management	%	80	95
O.10.1.1.1	Area dell'efficacia clinica	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Predisporre reportistica trimestrale sulle dimissioni difficili, previa procedura	definizione , stesura ed applicazione di un modello di segnalazione/presa in carico delle dimissioni difficili (tempi stretti max 1 marzo con applicazione 1 aprile) . Questo per tracciare sia azioni e relative tempistiche degli assistenti sociali che del reparto		%	3	4
O.10.1.2.1	Area dell'efficacia clinica	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Ricalcolo della degenza media al netto delle dimissioni difficili, certificate dal servizio sociale e a condizione che il reparto abbia collaborato nella tempestiva individuazione del problema sociale	La Degenza Media viene calcolata al netto delle dimissioni difficili nei casi in cui la struttura abbia dato tempestiva comunicazione al servizio sociale ospedaliero e piena collaborazione nella gestione del processo clinico finalizzato alla dimissione o al cambio setting. ricalcolo in funzione di quanto rilevato dalla check list (n° segnalazioni/ presa in carico/ azioni attuate) per gestire le dimissioni difficili .		%	80	100
O.10.1.3.1	Area dell'efficacia clinica	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Esecuzione delle prestazioni per i pazienti ricoverati entro le 48 ore	n°prestazioni eseguite entro 48 ore / numero prestazioni richieste (a partire dal 01/08/2025)	INPACS	%	60	80
O.10.1.4.1	Area dell'efficacia clinica	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Percentuale di parto vaginale in donne con pregresso parto cesareo	(n° di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo / n°donne con pregresso parto cesareo) > 4% ;periodo in esame dal 01/08/2025 al 31/12/2025	ADT	%	90	100
O.10.2.1.1	Area dell'efficacia clinica	Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	% di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 gg (1 giornata data intervento). (percentuale target in scheda di negoziazione)	Percentuale di colecistectomia Laparoscopica con degenza inferiore a 3 gg >85%	ADT	%	80	100
O.10.2.2.1	Area dell'efficacia clinica	Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità obiettivo con < 1000 parti massimo 15% di cesarei.	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500 s vol <1.000) < 15%	ADT	%	65	80
O.10.2.3.1	Area dell'efficacia clinica	Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 20% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)	% parti con Episiotomie su parti vaginali depurati inferiore al 15% dei parti (si escludono parti gemellari, parti podalici, partorienti superiori a 49 anni)	ADT	%	90	100
O.10.2.4.1	Area dell'efficacia clinica	Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	Fratture del femore pazienti over 65 anni di età:> 60 % entro 48 h dall'accesso al PS	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; =>0,6 (60%)	PRE.VALE e ADT	%	80	100
O.10.2.5.1	Area dell'efficacia clinica	Adesione agli standard di qualità previsti dal programma nazionale esiti	PTCA entro 90' dall'accesso al PS > del 70%	nr PTCA entro 90 dall'accesso al PS > 70 %	PRE.VALE E PNE	%	80	100
O.10.20.1.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo della qualità e della Completezza della Cartella Clinica	Aggiornamento Check list di controllo della cartella clinica in ordine alla completezza e tempestività di chiusura della stessa, predisposizione analisi relative a Bundle per VAP (Rianimazione) - SSI (Chirurgie) e UTI (Nefrologia e Medicina)	Trasmissione bimestrale degli esiti delle check list di controllo ai reparti, alla Direzione Sanitaria e al Ccica	DIR.MED. POU	n	5	6
O.10.23.1.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Monitoraggio microrganismi ALERT	Attuazione processi di gestione degli ALERT secondo procedura specifica (Del. 429/22). La Direzione Medica di POU relaziona trimestralmente a DS Rischio Clinico e CdG in ordine al rispetto delle procedure.	DIR.MED. POU	n	4	4

O.10.23.2.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	Attuazione delle azioni mirate alla prevenzione delle ICA	Attuazione processi di gestione degli ALERT secondo procedura specifica (Del. 429/22). Valutazione Direzione Medica POU	DIR.MED. POU	%	85	100
O.10.23.3.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	consumo delle soluzioni idroalcoliche	Analisi dei consumi semestrali in base ai gg di degenza (dato fornito da ESIS) e trasmissione rapporti ai reparti alla Direzione Medica POU e al CdG	RISCHIO CLINICO	n.	2	2
O.10.23.4.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	Corso formativo sulla gestione delle Infezioni Ospedaliere correlate all'assistenza, nell'ambito degli obiettivi PNRR	Monitoraggio sulla partecipazione del personale sanitario al corso nel rispetto dei contingenti già arruolati (50% entro 31/03 50% entro 31/12)	RISCHIO CLINICO	%	80	95
O.10.23.5.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	Utilizzo della piattaforma dedicata per la gestione degli alert a decorrere dal 01/06/2025	Corretto e tempestivo utilizzo della piattaforma dedicata per la gestione degli alert e trasmissione a Rischio Clinico e DMPOU di 3 relazioni bimestrali (31/07 - 30/09 - 30/11) relative alle azioni predisposte	RISCHIO CLINICO	%	3	3
O.10.23.6.1	Area dell'efficacia clinica	Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	Costituzione del gruppo di Antimicrobial Stewardship entro il 31/03/2025 con l'obiettivo di definire un programma di antimicrobial stewardship	Delibera di costituzione del gruppo approvata entro il 31/03/2025, trasmissione tempestiva delle decisioni assunte al DS aziendale (reportistica trimestrale delle decisioni assunte per numero di protocollo a CDG)	FARMACIA OSPEDALIERA	%	100	100
O.10.35.1.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2024.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario e a Convenzione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024	Controllo di Gestione	%	80	100
O.10.35.1.2	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2024.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario, a Convenzione e delle professioni sanitarie della riabilitazione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024	Controllo di Gestione	%	80	100
O.10.35.10.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Garantire gli esami istologici e citologici richiesti dai reparti di degenza al fine di contenere i tempi di degenza	Eseguire gli esami istologici e citologici entro 5 gg (Media dei giorni di esecuzione per singolo esame)	UOSD Anatomia Patologica	%	70	100
O.10.35.2.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Miglioramento rapporto Costo personale dirigente sanitario / produzione rispetto al 2024.	Il valore del rapporto costo del personale dirigente sanitario, a Convenzione e delle professioni sanitarie della riabilitazione (esclusa ind.. Esclusività, risultato, oneri sociali) / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024	Controllo di Gestione	%	80	100
O.10.35.3.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Miglioramento rapporto Dispositivi medici/Produzione rispetto al 2024.	Il valore del rapporto costo dei Dispositivi medici / Produzione di reparto (DRG + Specialistica ambulatoriale + prestazioni per interni) deve essere inferiore al 2024	Controllo di Gestione	%	80	100
O.10.35.4.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	risponde alla formula =1-N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inapproprietezza / (totale ricoveri - N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inapproprietezza) (si escludono ricoveri di un giorno)	DIR.MED. POU -ADT	%	75	90
O.10.35.5.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Peso medio DRG	Il valore del Peso medio deve essere maggiore di 1,40	DIR.MED. POU -ADT	%	80	100
O.10.35.5.2	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Peso medio DRG	Il valore del Peso medio relativo all'UTIC deve essere maggiore di 1,75 e alla cardiologia superiore a 1,55 risponde alla formula =(punteggio ottenuto/1,75*100)+(punteggio ottenuto/1,55*100))/2	DIR.MED. POU -ADT	%	80	100
O.10.35.6.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Dimissioni sabato e domenica (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	La media delle dimissioni dei giorni feriali deve essere pari alla media delle dimissioni dei giorni festivi e prefestivi	SIO	%	85	95
O.10.35.7.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Degenza media coerente con i valori soglia nazionali (primi 60 DRG)	I valori soglia sono coerenti con i DRG (percentuale in negoziazione)		%	80	100
O.10.35.8.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Garantire la disponibilità di sangue necessaria alle attività di ricovero del Presidio Ospedaliero	Raccogliere 3.750 sacche di sangue	emonet	%	80	100
O.10.35.9.1	Area dell'efficacia clinica	Indicatori di appropriatezza organizzativa	Organizzazione della raccolta di sangue in ambito extraospedaliero	Organizzare almeno 6 giornate di donazione in ambito extra ospedaliero		gg	5	6
O.10.63.1.1	Area dell'efficacia clinica	Rispetto liste di attesa chirurgiche	Rispetto dei tempi di attesa regionali; (percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	n° prestazioni per Classe A e B erogate nei tempi previsti dalla normativa / n° prestazioni totali per Classe A e B.	ADT	%	80	100
O.9.11.1.1	Governo dell'emergenza	Appropriatezza e tempo di permanenza in OBI	Tempo di permanenza oltre le 44 ore e inferiore alle 6 ore	n. pazienti in OBI oltre le 44 ore + pazienti dimessi entro 6 ore/pazienti in obi < 25% (Anno 2024 tot 3.368 +6-44 tot. su Accessi 4937)	DEDALUS	%	75	100
O.9.11.2.1	Governo dell'emergenza	Appropriatezza e tempo di permanenza in OBI	Pazienti che accedono nuovamente al PS dopo 24 e 72 ore dalla dimissione i OBI	(Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI+Numero di accessi con rientro in PS < 24H dalla dimissione da OBI) / Totale accessi in OBI < 10% (anno 2024 3,79+5,98 pari a 9,77)	DEDALUS	%	70	100
O.9.43.1.1	Governo dell'emergenza	Monitoraggio tempo di accesso al trattamento dopo il triage	% di pazienti con urgenza codice 2 che accedono al trattamento entro 15 minuti;	n. pazienti trattati entro 15 minuti / n. pazienti totali > 60% (dato 2024 48,11%)	DEDALUS	%	70	95
O.9.43.2.1	Governo dell'emergenza	Monitoraggio tempo di accesso al trattamento dopo il triage	% di pazienti con urgenza differibile codice 3 che accedono al trattamento entro 60 minuti	n. pazienti trattati entro 60 minuti / n. pazienti totali > 68% (dato 2024 52,64%)	DEDALUS	%	70	95
O.9.55.1.1	Governo dell'emergenza	Rete ictus	Assicurare gli interventi appropriati secondo standard clinico-assistenziali regionali al fine di ridurre la mortalità e gli esiti permanenti dell'evento acuto	Eseguire Tac entro 60' dalla richiesta del medico di PS per iperacuti che si presentano a meno di 4,5h dalla comparsa dei sintomi. Tempo esecuzione TAC entro 60 Codici da 430 434 (esclusi i peggiori 10 esami)	DEDALUS	%	80	90
O.9.71.1.1	Governo dell'emergenza	Tempi di ricovero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore al 15%	GIPSE	%	80	100
O.9.71.1.2	Governo dell'emergenza	Tempi di ricovero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve essere inferiore all'8%	GIPSE	%	80	100
O.9.71.2.1	Governo dell'emergenza	Tempi di ricovero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve diminuire del 22% rispetto al 2023	GIPSE	%	40	35
O.9.71.2.2	Governo dell'emergenza	Tempi di ricovero	Rispetto del tempo di attesa di 24 ore massime di attesa per il ricovero	Il numero dei ricoverati da Pronto Soccorso oltre le 24 ore deve diminuire del 27% rispetto al 2023	GIPSE	%	70	55
O.9.73.1.1	Governo dell'emergenza	Tempo medio di attesa e appropriatezza dell'accesso	Riduzione percentuale abbandoni e non risponde a chiamata inferiore al 13%	abbandona e non risponde a chiamata < 13%	GIPSE	%	80	100
P.1.16.1.1	Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Garantire nei centri vaccinali le vaccinazioni anti influenzali nei gruppi target	2025 > 20% del 2023	SISP	SI /NO	3500	3750
P.1.16.2.1	Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei tredicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione). > 2023	838 vaccinazioni	SISP	%	80	100
P.1.24.1.1	Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Copertura vaccinazioni obbligatorie	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatte B, pertosse, Hib) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA	SISP	%	85	95
P.1.24.2.1	Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Copertura vaccinazioni obbligatorie	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - >95%	>95% DELLA COORTE OSSERVATA	SISP	%	85	95
P.1.7.1.1	Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Adozione del piano di approvvigionamento e gestione locale delle scorte di cui alla determinazione G 175515 del 19/12/2024	trasmissione della delibera con cui è stato adottato il Piano di Approvvigionamento e di gestione locale delle scorte PANFLU entro il 15/09/2025	I-Share Doc	gg	90	0

P.2.14.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Centro antifumo - apertura secondo centro nell'area romana (Distretti XI e XII) e monitoraggio attività	Apertura entro 30/09 secondo centro (50%) e relazione nei monitoraggi trimestrale a DS e CDG sulle attività svolte (50%)		N + SI/NO	4	4
P.2.14.10.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Realizzazione degli interventi di comunicazione a supporto dei programmi di Screening. (Percentuale di raggiungimento in scheda di negoziazione)	organizzare 12 iniziative a supporto della promozione dei programmi di screening	UOSD Screening	N°	8	12
P.2.14.2.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Attuazione progetto regionale relativo alla Antibiotico resistenza	predisposizione progetto con cronoprogramma entro il 31/03/25 (si/no 50% valutazione) - rispetto cronoprogramma (si/no 50% valutazione)	DIP PREV	%	50	100
P.2.14.2.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Attuazione progetto regionale relativo alla Antibiotico resistenza	predisposizione progetto con cronoprogramma entro il 31/03/25 (si/no 50% valutazione) - rispetto cronoprogramma (si/no 50% valutazione)	DIP PREV	SI/NO	1	2
P.2.14.3.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Realizzazione di un report annuale per l'analisi dei dati trasmessi dai medici competenti relativi all'attività svolta l'anno precedente nel territorio della ASL Roma 3 (art. 40 Allegato 3B d.lgs. 81/08) Dati 2023 entro 30/09/25.	TRASMISSIONE REPORT A DS E CDG	CDG	GG	30	0
P.2.14.4.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Realizzazione del progetto di Peer Education: La promozione della salute nelle relazioni giovanili e il contrasto al Cyberbullismo e alla violenza in almeno una scuola del territorio aziendale, organizzato nell'ambito del programma "PP1 Scuole che promuovono salute" del Piano Aziendale di Prevenzione 2021-25.	Report trimestrale (escluso primo trimestre)	UOC CURE PRIMARIE	SI/NO	3	3
P.2.14.5.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	scuole medie e superiori, seguite dai Consultori, con interventi d'equipe su: "La promozione della salute sessuale e affettività e il contrasto alla violenza nelle relazioni giovanili"	Attuazione di quanto previsto dal piano 2021/25	UOC CURE PRIMARIE	SI/NO	15	16
P.2.14.8.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Ridurre la disuguaglianza di accesso agli screening dei pazienti afferenti ai CSM aziendali (Anche DSM) - esecuzione test	eseguire 400 Pap test a persone fragili inviate dai CSM	DSM	SI/NO	65	100
P.2.14.9.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Attuazione Piano aziendale della prevenzione	Ridurre la disuguaglianza di accesso agli screening dei pazienti afferenti ai CSM aziendali (Anche DSM) - reclutamento	relazione trimestrale contenenti i dati di reclutamento delle donne inviate all'attività di screening	DSM	SI/NO	3	3
P.2.40.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Predisposizione di una reportistica trimestrale che riporti la coorte, il target raggiunto, i tempi di erogazione e la % di appropriatezza dei secondi livelli	INVIO N° 3 REPORT A CDG -DS- ESIS e strutture erogatrici delle prestazioni	SIPSO	N	3	3
P.2.66.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di II livello – Obiettivi di esito	Mammella: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. > 90%	eseguire il 90% entro 28 gg	SIPSO	%	50	100
P.2.66.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di II livello – Obiettivi di esito	Mammella: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 28 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. > 50%	ESEGUIRE N°20.000 Prestazioni entro 28gg	SIPSO	%	75	100
P.2.66.2.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di II livello – Obiettivi di esito	Colon retto: % di esecuzione degli approfondimenti diagnostici entro 60 gg dalla data di refertazione del test di screening di I livello. >90%	Esami eseguiti entro 60 gg > 90%	SIPSO	%	80	90
P.2.67.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di esito	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella. >35%	>35%	SIPSO	%	75	100

P.2.67.2.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di esito	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina. >25%	>25%	SIPSO	%	75	100
P.2.67.3.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di esito	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto. >50%	>50%	SIPSO	%	75	100
P.2.68.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - MAMMOGRAFIE	ESEGUIRE N°20.000 Prestazioni	SIPSO	%	75	100
P.2.68.2.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Tempo di attesa tra erogazione Mammografia di I livello e refertazione della stessa	Garantire almeno il 65% delle refertazioni entro 15 gg (regione lazio 2024 64,16) (minimo 51 oggi 39,55)	SIPSO	%	70	100
P.2.68.3.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - PAP TEST	ESEGUIRE N° 12.210 Prestazioni	SIPSO	%	80	100
P.2.68.4.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello - COLPOSCOPIE	eseguire n. 1.831 prestazioni	SIPSO	%	80	100
P.2.68.5.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di I livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di primo livello - ESAME SANGUE OCCULTO	ESEGUIRE N°26.000 Prestazioni	SIPSO	%	90	100
P.2.69.1.1	Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	Screening di II livello – Obiettivi di produzione	Esecuzione dei volumi di produzione negoziati, relativi agli screening di secondo livello.	ESEGUIRE N°1030 Prestazioni biopsie per colon retto e 500 esami istologici per la cervice uterina entro 10 gg	SIPSO	%	80	100
P.3.17.1.1	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Benessere degli animali anche ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Copertura delle principali attività riferita al controllo delle anagrafi animali da reddito e della somministrazione di farmaci.	Garantire le attività previste dalla Scheda Indicatore P10Z del Ministero della salute con soglia minima attesa: aziende bovine controllate per anagrafe: 90% aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 90% capi ovicaprini controllati per anagrafe: 90% aziende suine controllate per anagrafe: 90% aziende equine controllate per anagrafe: 60% allevamenti apistici controllati per anagrafe: 70% esecuzione del PNA: 90% controlli di farmacovigilanza veterinaria: nessuna. 4 relazioni trimestrali da inviare a Direttore Dipartimento di Prevenzione, DS e CdG	DIP PREV	%	90	100
P.3.36.1.1	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Lotta al randagismo e sterilizzazione dei cani ospitati sterilizzabili	valutazione delle attività svolte in relazione alla % di cani sterilizzabili presenti in canile	4 relazioni trimestrali da trasmettere a DS - CDG - Direttore Dipartimento di Prevenzione	DIP PREV	n	3	4
P.3.47.1.1	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Piano regionale dei controlli	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ)	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obiettivo)	DIP PREV	%	75	100
P.3.47.1.1	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Piano regionale dei controlli	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ)	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obiettivo)	DIP PREV	%	90	100
P.3.47.1.1	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Piano regionale dei controlli	esecuzione dei volumi riferito ai controlli previsti da Regione Lazio. (SISP – SIAN – SPRESAL – SIAOI – SAIAPZ)	trasmissione note regionali a CDG e rispetto indicazioni di volumi di attività (la mancata trasmissione delle note determina il non raggiungimento dell'obiettivo)	DIP PREV	%	0,9	1

P.3.47.2.1	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori	Piano regionale dei controlli	Svolgere controlli di vigilanza proattiva programmata relativi al mantenimento dei requisiti autorizzativi delle strutture sanitarie	Eseguiti quattro controlli a semestre, due in una struttura di ricovero e due in una struttura territoriale	DIP PREV	n	6	8
T.11.1.1.1	Qualità e accreditamento	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Programmazione delle Case della Comunità: Definizione delle modalità di funzionamento e coordinamento dei servizi della Casa della Comunità	Stesura del regolamento di funzionamento delle Case della Comunità entro il 30.11	gdI accreditamento case di comunità	gg	3	0
T.11.1.2.1	Qualità e accreditamento	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Definizione delle linee prioritarie di attività per l'anno 2026	Redazione del Piano Annuale delle attività della Casa della Comunità anno 2026 entro il 30.11	gdI accreditamento case di comunità	gg	3	0
T.11.1.3.1	Qualità e accreditamento	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio delle attività distrettuali relative alla elaborazione della documentazione finalizzata all'accREDITAMENTO delle case di comunità	Rispetto da parte dei distretti degli adempimenti richiesti	gdI accreditamento case di comunità	si/no	0	1
T.11.7.1.1	Qualità e accreditamento	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Pianificazione delle attività delle Case della Comunità: Analisi dei bisogni di salute della popolazione residente del Distretto e identificazione dei bisogni prevalenti	Relazione alla Direzione Strategica entro il 30.11	gdI accreditamento case di comunità	gg	3	0
T.4.32.1.1	Piano delle cronicità - presa in carico del paziente	Incremento arruolamento pazienti nei PDTA	Incremento dell'arruolamento dei pazienti nei PDTA	Monitoraggio dei PDTA attivi, dei pazienti presi in carico, delle prestazioni eseguite. Relazioni trimestrali con Report da inviare in sede di monitoraggio	sias	N	3	4
T.4.33.2.1	Piano delle cronicità - presa in carico del paziente	Incremento attività di telemedicina	Incremento delle prestazioni di telemedicina rispetto al 2024	Aumentare del 30% il numero della prestazioni di telemedicina	sias	%	90	100
T.5.21.1.1	Assistenza farmaceutica	Controllo della spesa - farmaceutica convenzionata	Spesa per farmaceutica convenzionata coerente con le indicazioni regionali	Valore C2 inferiore o pari al concordamento regionale	Ce IV trimestre	%	1,01	1
T.5.38.1.1	Assistenza farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	n° capi effettuate con indicazione delle attività relative anche ai dispositivi medici	Commissioni CAPI	n°	10	11
T.5.38.1.2	Assistenza farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Convocazione di 11 CAPI per commissione; analisi dell'attività prescrittiva. Coinvolgimento dei Direttori Sanitari di AO San Camillo, Ospedale Israelitico, Policlinico Di Liegro, Ospedale Grassi.	partecipazione alle capi convocate	Commissioni CAPI	%	10	11
T.5.38.2.1	Assistenza farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. - reportistica	trasmissione ai distretti al DS e al CDG dei dati sulle prescrizioni oggetto di analisi della capi. Verifica a sei mesi dei corretti adempimenti. Trasmissione a CAPI. 6 relazioni bimestrali.	FARMACIA TERRITORIALE	N	6	6
T.5.38.3.1	Assistenza farmaceutica	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici	Analisi di esito in relazione alle prescrizioni dei medici convocati in CAPI, successive alla convocazione. Azioni correttive	trasmissione provvedimenti effettuati a seguito dei controlli sui dati contenuti nel report della farmacia al DS e al CDG. 3 relazioni trimestrali a partire dal secondo monitoraggio.	CAPI	N	3	3
T.5.56.1.1	Assistenza farmaceutica	Rilevazione farmaci sentinella (antibiotici, antidepressivi....)	Analisi consumo antibiotici per singole strutture organizzative di linea(UOC Farmacia Territoriale-UOC Farmacia Ospedaliera)	Trasmissione trimestrale del consumo e valutazioni di appropriatezza	FARMACIA OSPEDALIERA	si/no	3	4
T.5.56.2.1	Assistenza farmaceutica	Rilevazione farmaci sentinella (antibiotici, antidepressivi....)	Monitoraggio consumo di antibiotici con l'utilizzo del Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve) presso le UUOO degenza.	Report mensile di consumo antibiotici per UO di degenza.	DIR.MED. POU	si/no	7	9
T.6.1.1.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	dare seguito agli adempimenti richiesti da UOC Cure Primarie in relazione al monitoraggio delle agende, degli slot, dell'occupazione degli ambulatori e del utilizzo della attrezzature	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti (Valuta UOC Cure Primarie)	UOC CURE PRIMARIE	%	80	100
T.6.1.2.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	relazioni trimestrali relative alla produzione svolta dai consultori	3 relazioni al 31/08 ; 30/10; 31/12/2025	UOC CURE PRIMARIE	N	3	3
T.6.40.1.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio della produzione della Specialistica ambulatoriale	Rapporto costo personale medico che eroga prestazioni di specialistica/ valore della produzione = > 2024	SIAS NOIPA	%	85	100
T.6.40.3.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Attuazione delle indicazioni a seguito del monitoraggio delle agende, degli slot di prenotazione, dell'orario di apertura dei presidi territoriali, dell'occupazione degli ambulatori e dell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali.	Valutazioni di esito in ordine alla adozione delle azioni correttive trasmesse dalla UOC Cure Primarie	UOC CURE PRIMARIE	%	65	100
T.6.40.4.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio e trasmissione delle relazioni trimestrali dei Coordinatori di Branca a DS DCP e CDG	Trasmissione entro il mese successivo al trimestre di riferimento delle relazioni dei coordinatori di branca a DS DCP e CDG. Analisi delle criticità.		N	4	4
T.6.40.4.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Monitoraggio della domanda e dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Monitoraggio e trasmissione delle relazioni trimestrali dei Coordinatori di Branca a DS DCP e CDG	Trasmissione entro il mese successivo al trimestre di riferimento delle relazioni dei coordinatori di branca a DS DCP e CDG. Analisi delle criticità.		N	4	4
T.6.62.1.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni BREVI E PROGRAMMATE	% di prestazioni in classe B- su tot classe B - con tempo di attesa entro 10 gg. % di prestazioni in classe P- su tot classe P - con tempo di attesa entro 120 gg E come da Nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa risponde alla formula =1-(%b*50+%p*100)/2	Lazio Crea	%	90	100
T.6.62.2.1	Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	Rispetto delle disposizione regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriali	Monitoraggio del rispetto del budget con riferimento alla produzione erogata	Report trimestrale a DG, DS, DCP e CDG sul rispettodel budget rispetto alla produzione		N	4	4
T.7.1.1.1	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/04/2025 e raggiungimento della produzione ottimale entro il 01/10/2025	Il risultato è raggiunto al 50% in caso di avvio entro il 01/04/2025, il restante 50% è raggiunto se nell'anno 2025 vengono raggiunte 600 esami o 350 esami nell'ultimo trimestre		%	50	100
T.7.1.2.1	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Adempimenti richiesti per l'efficientamento dell'offerta e dell'efficienza organizzativa	Avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/04/2025 previa predisposizione della procedura operativa	Predisposizione della procedura operativa e coordinamento del gruppo di lavoro finalizzato all'avvio del servizio di radiologia domiciliare entro il 01/04/2025		%	100	100
T.7.12.1.1	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Appropriatezza, monitoraggio e miglioramento dell'efficienza della spesa protesica	Predisporre relazione con cadenza trimestrale contenente le seguenti elaborazioni con descrizione delle eventuali relative azioni correttive: tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a ordine). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. tempo di gestione delle richieste di erogazione di ausili protesici (da richiesta a autorizzazione). Analisi per distretto e per soggetto erogatore. Analisi (costo, n. tipologie) presidi restituiti e presidi riassegnati dopo il riutilizzo.	PREDISPORRE 4 RELAZIONI TRIMESTRALI CON REPORT DI CONFRONTO 2024/2023 A CDG	UOSD Protesica	%	4	4
T.7.31.1.1	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Raggiungere il 10 % della popolazione [(PIC Valide Popolazione > 65 anni) / (Popolazione > 65 anni)]	SIATES	%	100	100
T.7.31.1.2	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4

T.7.31.1.2	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Implementazione servizi al cittadino	Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente con la collaborazione della Cabina di Regia Aziendale	Monitoraggio della quantità / qualità delle prestazioni rese dai soggetti accreditati (tempo di presa in carico - rapporto prese in carico/ rinunce - tipologia prestazioni effettuate - % di pazienti per CIA)	Relazioni a DS CDG DCP	%	4	4
T.7.58.1.1	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale nell'Assistenza Domiciliare	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 2024 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 (3 punti = 40% - 4 punti = 60% - 5 punti = 80% - 6 punti = 100%)	SIATES	%	40	100
T.8.44.1.1	Salute mentale e dipendenze	Ottimizzazione delle strutture di residenzialità a gestione diretta	Garantire l'indice di occupazione del Posto letto pari o superiore al 97%	Indice di occupazione dei posti letto CATACOMBE DI GENEROSA e MAZZACURATI => 97%	SIPIC	%	95	97
T.8.48.1.1	Salute mentale e dipendenze	Potenziamento assistenza dell'età evolutiva: produzione e committenza	Migliorare il rapporto produzione specialistica/costo personale medico e Terapisti della riabilitazione	n. prestazioni / costo personale medico (esclusa esclusivita'+risultato+oneri)+costo tecnici della riabilitazione (esclusi oneri e risultato) 2025<2024 (ESCLUSO PERSONALE SU CDC LUNGA ASSENZA)	DISAMWEB + COAN	SI/NO	1	1
T.8.49.1.1	Salute mentale e dipendenze	Presa in carico del paziente psichiatrico: 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	%	85	100
T.8.50.1.1	Salute mentale e dipendenze	Presa in carico del paziente psichiatrico: CSM, monitoraggio ricoveri ripetuti.	Monitoraggio dei ricoveri ripetuti presso SPDC o accessi al PS	PREDISPORRE 4 RELAZIONI trimestrali alla Direzione Strategica e CDG in riferimento ai pazienti in carico al CSM che abbiano nel biennio ricoveri ripetuti presso spdc	CSM	N	4	4
T.8.50.1.2	Salute mentale e dipendenze	Presa in carico del paziente psichiatrico: CSM, monitoraggio ricoveri ripetuti.	Monitoraggio dei ricoveri ripetuti presso SPDC o accessi al PS	Ridurre del 30% il numero di pazienti che vengono ricoverati presso SPDC + due volte nell'anno 2024	CSM	%	85	100
T.8.50.2.1	Salute mentale e dipendenze	Presa in carico del paziente psichiatrico: CSM, monitoraggio ricoveri ripetuti.	Rispetto degli indicatori nazionali relativi ai re ricoveri presso SPDC tra 8 e 30 giorni	Adeguare alla Media nazionale (Anno 2023- media a 30gg=14,8% e a 7 gg = 8,4%) le percentuali di riammissione dei ricoveri ordinari non programmati a 30 gg e a 7 gg dalla Dimissione.		%	80	100
T.8.50.3.1	Salute mentale e dipendenze	Presa in carico del paziente psichiatrico: CSM, monitoraggio ricoveri ripetuti.	Relazione trimestrale sulle azioni svolte a favore di pazienti in carico presso i CSM che hanno subito un ricovero presso SPDC e /o Cliniche psichiatriche.	Pazienti in carico, ricoverati presso SPDC o Cliniche psichiatriche con l'indicazione dei costi di ricovero e del numero delle prestazioni effettuate dai CDM a favore degli stessi. Indicare anche se il paziente frequenta centri diurni.		gg	4	4
T.8.51.1.1	Salute mentale e dipendenze	Prosecuzione progetti finanziati a Casa di Alice	Prosecuzione e rendicontazione trimestrale a Direttore Sanitario e CdG dei progetti finanziati.	Valutazione appropriatezza invii CSM al Centro Casa di Alice - n. pazienti presi in trattamento/totale degli invii effettuati dai CSM	DISAMWEB	%	70	100
U.16.7.1.1	Approvvigionamenti	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Analisi trimestrale degli acquisti in economia e con il fondo economale effettuati a causa di assenza o incapienza delle gare aziendali. Relazione a DA UOC Approvvigionamenti CDG e RPCT	Relazionare trimestralmente con le relazioni di monitoraggio	RPCT	n	4	4
U.16.7.2.1	Approvvigionamenti	Analisi dei fabbisogni e programmazione	Azioni correttive a seguito analisi trimestrali Strutture assegnatarie Fondo Economale e Spese in Economia Analisi - relazione a DA CDG RPCT	Relazione trimestrale 30 gg successivi alle analisi trimestrali delle strutture assegnatarie fondo economale	RPCT	gg	4	4
U.18.3.1.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Aggiornamento e qualità del Sito Internet	verifica dell' aggiornamento del sito Internet in ordine a: orari, sedi e modalità di accesso dei servizi, numeri di telefono, individuazione dirigenti e responsabili delle strutture . Valutazione dell'obiettivo 19.3.1	predisposizione 3 report a CDG e monitoraggio dell'obiettivo 19.3.1.	UOS Comunicazione	n	3	3
U.18.52.1.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Qualità e aggiornamento delle pubblicazioni.	Adempimenti in tema di pubblicazioni; valutazione da RPCT coerente con la valutazione della griglia da parte dell'OIV. Viene valutato: compliance, completezza, aggiornamento, apertura formato.	invio 4 Report RPCT a CDG e valutazione finale delle strutture	RPCT	N	5	5
U.18.57.1.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	%	80	100
U.18.57.1.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	Dare seguito agli Adempimenti richiesti in tema di anticorruzione (Trasparenza / Rischio corruttivo / Contrattualistica);	Adempimenti richiesti / Adempimenti eseguiti valuta RPCT	RPCT	n	3	3
U.18.57.2.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Rispetto adempimenti previsti dalla legge e dalle linee guida ANAC.	relazioni semestrali a DG e CDG in ordine alle attività svolte nel periodo di riferimento , che contenga l'elenco degli adempimenti richiesti alle strutture ed eseguiti;	predisposizione 2 relazioni semestrali DG e CDG	RPCT	N	2	2
U.18.64.1.1	Anticorruzione e trasparenza - privacy	Rispetto tempo progettazione gare, e indicazione fabbisogni.	Tempestiva progettazione delle gare e indicazione dei fabbisogni	Rispetto dei tempi definiti dalla UOC Approvvigionamenti per la progettazione delle gare e la definizione dei fabbisogni. Valuta UOC Approvvigionamenti sul parametro gg di ritardo.	UOC Approvvigionamenti	gg	15	0
U.19.34.1.1	Accessibilità ai servizi	Incremento delle ore / giorni di apertura dei servizi al pubblico	Incremento e diversificazione delle ore di accesso ai servizi per l'utenza.	Migliorare gli orari di apertura dei servizi al pubblico, garantendo presidi pomeridiani e/o di sabato mattina. Trasmettere proposta entro il 30/04 a DS e CdG - validazione e attuazione secondo cronoprogramma	CDG	gg	60	30
U.19.34.1.1	Accessibilità ai servizi	Incremento delle ore / giorni di apertura dei servizi al pubblico	Incremento e diversificazione delle ore di accesso ai servizi per l'utenza.	Migliorare gli orari di apertura dei servizi al pubblico, garantendo presidi pomeridiani e/o di sabato mattina. Trasmettere proposta entro il 30/04 a DS e CdG - validazione e attuazione secondo cronoprogramma	CDG	%	75	100
U.19.34.1.1	Accessibilità ai servizi	Incremento delle ore / giorni di apertura dei servizi al pubblico	Incremento e diversificazione delle ore di accesso ai servizi per l'utenza.	Migliorare gli orari di apertura dei servizi al pubblico, garantendo presidi pomeridiani e/o di sabato mattina. Trasmettere proposta entro il 30/04 a DS e CdG - validazione e attuazione secondo cronoprogramma	CDG	%	80	100
U.19.4.1.1	Accessibilità ai servizi	Aggiornare la segnaletica obsoleta dei presidi	Mantenere aggiornata la segnaletica interna alle strutture e per l'accesso alle stesse.	predisporre un piano di aggiornamento triennale della segnaletica Aziendale interna entro il 30/04, validazione della direzione e attuazione nel 2025 secondo il cronoprogramma approvato		%	60	100
U.19.74.1.1	Accessibilità ai servizi	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	%	75	100
U.19.74.1.1	Accessibilità ai servizi	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 a campione 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	%	75	100
U.19.9.1.1	Accessibilità ai servizi	Analisi della qualità dell'offerta	Otto analisi per altrettante strutture sul grado di apprezzamento dell'offerta erogata	Svolgere analisi sul campo o telefoniche per misurare il grado di apprezzamento del servizio. Nella scelta delle strutture il 30% va scelto tra quelle per le quali pervengono un maggior numero di reclami. (3 analisi entro 30/06 - 3 analisi entro 31/10 - due analisi entro il 31/12)	UOS Comunicazione	n	6	8
U.7.39.1.1	Assistenza domiciliare e Socio Sanitaria	Monitoraggio della committenza	Predisposizione di una proposta finalizzata alla corretta gestione del processo di governo dell'Assistenza domiciliare (attivazione servizio, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e dei rifiuti di presa in carico, monitoraggio prestazioni rese attraverso check list)	Predisposizione proposta entro il 30 aprile comprensivo di cronoprogramma e risorse necessarie + attuazione della proposta previa validazione direzione strategica (risponde alla formula 70 punti se entro il 30/04, dopo 60 gg il risultato va a zero + 30 punti SI/NO se cronoprogramma rispettato o meno)	Relazione a cura DCP	gg	60	0