

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 0000917 del 11/06/2026

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

STRUTTURA PROPONENTE:
UOS CONTROLLO DI GESTIONE

OGGETTO:
APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025

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. 0000916

Hash (SHA256): 8e5da7196a2396598d255be32cc0e59b977411c5995ce49c34b6ca8d3ba8a14d

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

IL 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. 1019 del 30.12.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 7 del 22.01.2026 e pubblicato sul BURL n. 8 – Supplemento n. 1 del 27.01.2026;
- Vista** la deliberazione n. 138 del 3.02.2026 avente ad oggetto: “Recepimento della Deliberazione n. 7 del 22/01/2026 della Regione Lazio di approvazione della modifica dell’Atto di Autonomia Aziendale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3 pubblicata sul BURL n. 8 del 27/01/2026”;
- 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 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni con oggetto “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421;
- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 con oggetto “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 con oggetto “Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;

la Legge Regionale 16 marzo 2011 n.1 concernente “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”

il Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 avente ad oggetto “Modifiche al Decreto legislativo. 27 ottobre 2009, n. 150 in attuazione dell’art. 17, comma 1, lettera r), della Legge 7 agosto 2015, n. 124;

Preso atto della Deliberazione n. 142 del 31/01/2025 avente ad oggetto “Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/2027

Viste le deliberazioni n. 351 del 10/03/2025, recante “Approvazione del Documento di Budget Aziendale per l’anno 2025”, n. 498 del 18/08/2025, recante “Presa d’atto della DGR n. 363 del 23/05/2025 e integrazione della deliberazione n. 351 del 10/03/2025”, e n. 872 del 26/11/2025, recante “Integrazione delle deliberazioni n. 351 del 10/03/2025 e n. 498 del 18/08/2025, aggiornamento conseguente alla nota della Regione Lazio prot. n. 981143 del 06/10/2025 e modifica parziale dell’Albero della Performance”, con le quali è stato approvato e successivamente aggiornato il Documento di Budget Aziendale per l’anno 2025;

Tenuto conto che nella seduta del 25 maggio 2025, l’Organismo di Valutazione Indipendente ha effettuato la verifica sulla correttezza del sistema, nella quale sono stati analizzati a campione i vari punteggi assegnati ai negoziatori, e con e-mail del 5 giugno 2026 ha validato la Relazione Finale della Performance 2025;

del processo di monitoraggio alle scadenze intermedie, svolto dalla UOS Controllo di Gestione, nonché della verifica finale effettuata sulla base delle relazioni trasmesse dai negoziatori;

Ritenuto pertanto di procedere:

- all’approvazione della Relazione sulla Performance anno 2025 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1) nonché l’albero della Performance 2025 (Allegato 2);
- alla pubblicazione della presente deliberazione sul sito web dell’ASL Roma 3, ai sensi dell’art. 10 comma 1, lettera b) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 7, nell’apposita sezione Amministrazione Trasparente

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 le motivazioni espresse nelle premesse:

- di approvare la Relazione sulla Performance anno 2025, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1);
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web dell'ASL Roma 3, ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera b) del Decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 7, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di trasmettere il presente atto all'U.O.C. Risorse Umane per gli adempimenti di competenza.

**IL DIRIGENTE
UOS CONTROLLO DI GESTIONE
Dott. Andrea Storri**

- 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. 1019 del 30.12.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 7 del 22.01.2026 e pubblicato sul BURL n. 8 – supplemento n. 1 – del 27.01.2026;
- Vista** la deliberazione n. 138 del 3.02.2026 avente ad oggetto: “Recepimento della Deliberazione n. 7 del 22/01/2026 della Regione Lazio di approvazione della modifica dell’Atto di Autonomia Aziendale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3 pubblicata sul BURL n. 8 del 27/01/2026”;
- 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 all’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 adottare la deliberazione con oggetto “Approvazione della Relazione sulla Performance anno 2025” composto di n. 6 pagine e di n. 1 allegato, nei termini indicati;
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito web dell’ASL Roma 3, ai sensi dell’art. 10 comma 1, lettera b) 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.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Laura Figorilli



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3



Allegato N. 1

2025

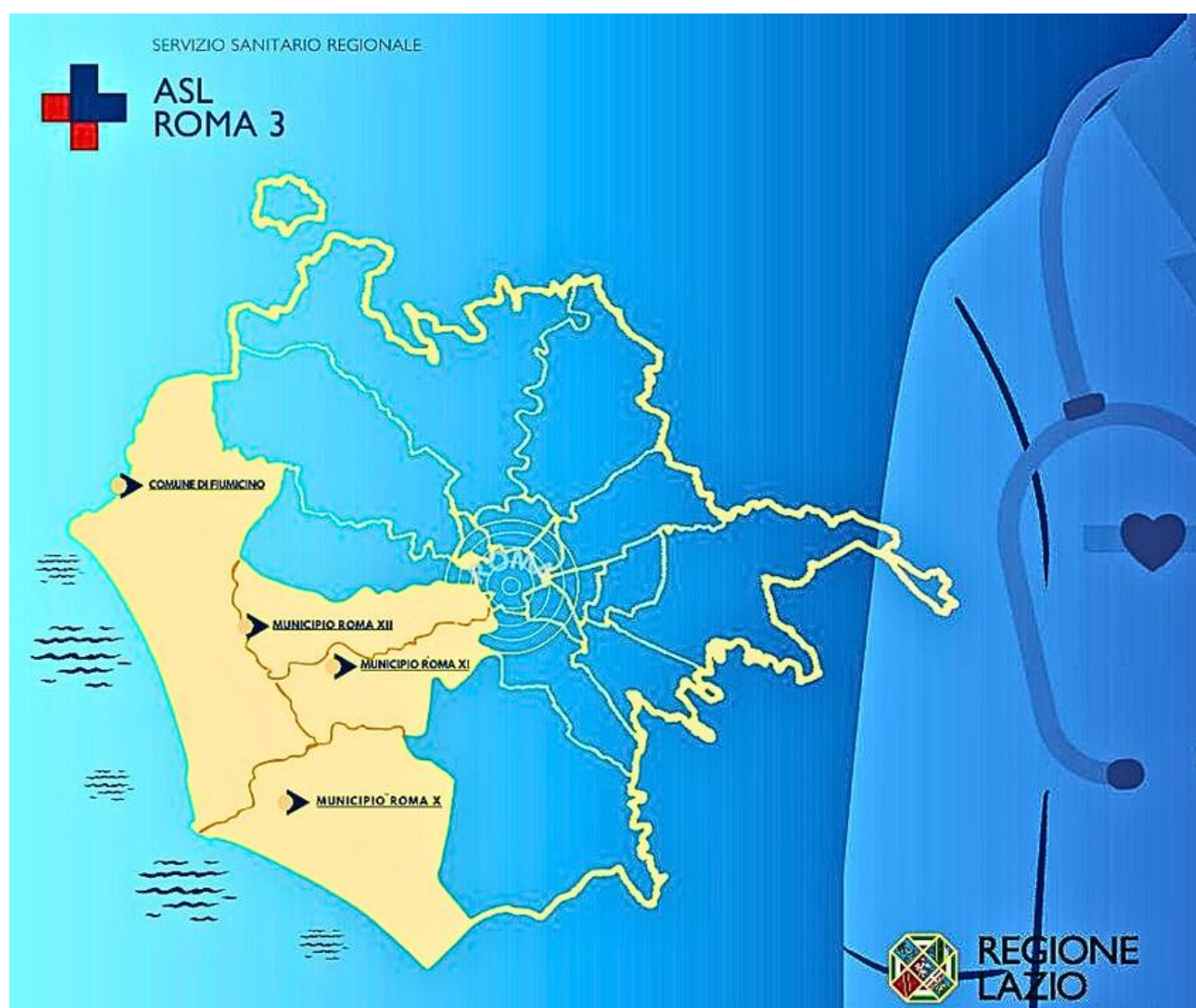
RELAZIONE SULLA PERFORMANCE *ASL ROMA 3*

Asl Roma 3
via Casal Bernocchi, n.73
Cap 00125 Roma

www.aslroma3.it
C.F.- P.IVA 04733491007
e-mail: controllogestione@aslroma3.it



REGIONE
LAZIO



Sommario

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO	5
L'AZIENDA ASL ROMA 3.....	6
L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	11
ASSISTENZA OSPEDALIERA	11
PRODUZIONE INTERNA ASSISTENZA OSPEDALIERA	15
L'ATTIVITA' DI EMERGENZA.....	16
L'ASSISTENZA TERRITORIALE.....	20
ASSISTENZA SPECIALISTICA.....	20
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.....	25
SALUTE MENTALE.....	28
PREVENZIONE.....	30
RISORSE UMANE E DISTRIBUZIONE DI GENERE.....	36
RISULTATI ECONOMICI E GESTIONALI.....	37
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO.....	37
CICLO DELLA PERFORMANCE, PROCESSO DI BUDGET E RISULTATI	39
ALBERO DELLA PERFORMANCE 2025	41
RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA per AREA Strategica	41
MISURE ANTICORRUZIONE	44
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	44
AREA AMMINISTRATIVA DECENTRATA	51
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	51
DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	52
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	54
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE.....	56
STAFF DIREZIONE GENERALE	59
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	60
STAFF DIREZIONE SANITARIA	61
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	62
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	67
UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	69
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	69

DIPARTIMENTO DI MEDICINA	69
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	70
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	75
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	75
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	77
RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	78
OBIETTIVI E INDICATORI AREA FORMARZIONE	80
VALUTAZIONE DI I ISTANZA	82
RIEPILOGO DELLE PERCENTUALI DI RAGGIUNGIMENTO RAGGIUNTE.....	85
VALUTAZIONI DI II ISTANZA	85
RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	85
OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	92
COMITATO UNICO DI GARANZIA.....	95

INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO

La presente relazione viene redatta in forma sintetica secondo le indicazioni del d.lgs 27 ottobre 2009, n. 150, come modificato dal d.lgs 74/2017 e dell'art. 3, comma 1, del DPR 105/2016 che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance, avvalendosi del supporto tecnico e metodologico della Commissione Tecnica per la Performance (CTP) di cui all'art. 4 del citato DPR.

Il d.lgs 74/2017, pur confermando nelle sue linee guida l'impianto originario del d.lgs 150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della presente Relazione.

La Direzione strategica aziendale, con l'adozione del PIAO 2026-2028 ha dato avvio all'intero ciclo della performance che prevede la successiva emanazione delle linee guida per il processo di budget per l'anno 2025, e la conseguente contrattazione di budget con i Centri di Responsabilità al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione lavorativa, nell'ottica della valorizzazione del merito.

È stato istituito con nota prot. n. 72329 del 23.09.2024 il Comitato di Budget che è l'organo deputato all'elaborazione dell'albero della performance.

Il Comitato è coordinato dall'UOS Controllo di Gestione e ha composizione variabile, vedendo il coinvolgimento anche dei Direttori di Dipartimento e i Coordinatori di Area.

Il Comitato elabora una proposta di budget che definisce le priorità gestionali e i vincoli d'azione dell'anno di riferimento.

La Direzione Strategica ha valutato le proposte pervenute dal Comitato di Budget e definito le linee guida strategiche, assegnando, così, gli obiettivi alle strutture.

Inoltre, è da precisare che la Direzione Strategica risponde in modo diverso del ciclo della Performance, in quanto il Direttore Generale è destinatario, dal committente regionale, di obiettivi annuali e di mandato che declina al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo. Gli obiettivi di mandato del Direttore Generale sono stati assegnati al momento della sottoscrizione del contratto, gli obiettivi annuali 2025 non sono stati ancora assegnati; per la programmazione si è tenuto conto degli obiettivi previsti dalla DGR 363/2025.

Il processo di attribuzione degli obiettivi di budget e di negoziazione degli stessi si è svolto in due livelli:

- Primo livello: negoziazione tra Direzione Aziendale e Negoziatori di I Livello (UOC-UOSD-UOS in Staff alla Direzione Strategica;
- Secondo livello: negoziazione tra UOC e UOS alle stesse afferenti.

Il processo di negoziazione è partito nel corso dell'anno 2025 con incontri e condivisione d'intenti tra la Direzione strategica e i negoziatori, le cui fasi, i soggetti coinvolti e le modalità di elaborazione sono indicati nelle delibere del Direttore Generale n. 351 del 10/03/2025, n. 498 del 18/08/2025 e n. 872 del 26/11/2025. Con la redazione e deliberazione di questa Relazione, il Ciclo della Performance per l'anno 2025 si potrà considerare concluso.

In chiusura dell'anno 2025, sulla base delle relazioni ricevute da tutti i negoziatori di budget, è stata effettuata una rilevazione dell'andamento del grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget, valorizzando i risultati ottenuti e in ogni caso indicati nello schema riepilogativo riportato di seguito.

Si precisa, che alcuni obiettivi, sono stati definiti come *non valutabili* o *parzialmente raggiunti* vista la valenza annuale degli stessi e non sono stati considerati nel punteggio totale attribuito alle Macrostrutture.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è stato più che soddisfacente in considerazione dei fattori esterni che hanno inciso sullo svolgimento delle attività.

L'AZIENDA ASL ROMA 3

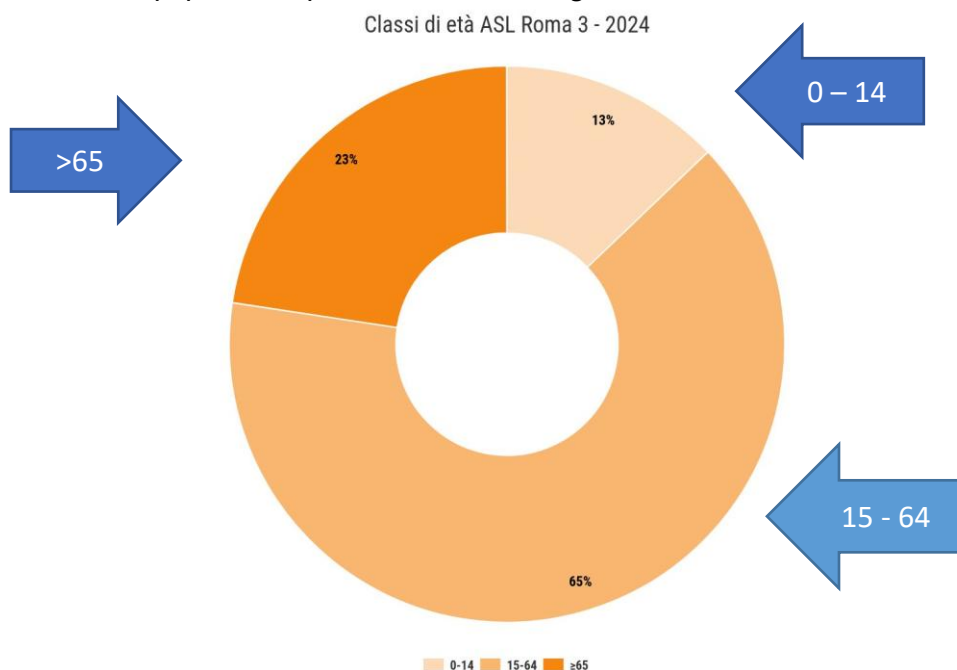
L'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 opera su un territorio che insiste nella Provincia di Roma con una popolazione complessiva di 603.865 abitanti (Fonte comune di Roma al 31.12.2024), distribuiti in 2 comuni, Comune di Roma e Comune di Fiumicino, suddivisi in 4 distretti, 3 presenti nel Comune di Roma: Municipio X, Municipio XI, Municipio XII e uno comprendente il territorio del Comune di Fiumicino.

Di seguito, si riporta l'estensione territoriale della ASL Roma 3 con la suddivisione per distretti, la popolazione residente e la densità al Km².

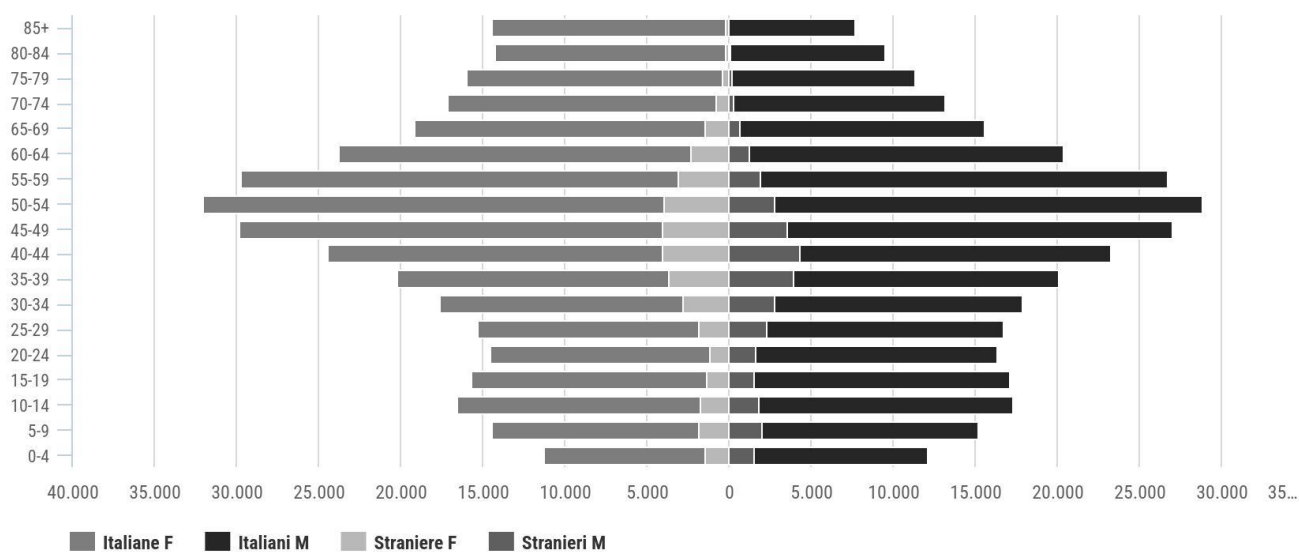
ASL Roma 3 Distretti	Estensione in km ²	% sul totale	Popolazione residente	% sul totale	Densità al Km ²
MUNICIPIO X	150.6	29%	226.842	37,56%	1.506
MUNICIPIO XI	70.9	14%	151.057	25,01%	2.130
MUNICIPIO XII	73.1	14%	138.694	22,97%	1.897
COMUNE DI FIUMICINO	222.4	43%	82.272	13,63%	370
TOTALE	517	100 %	603.865	100%	1.168

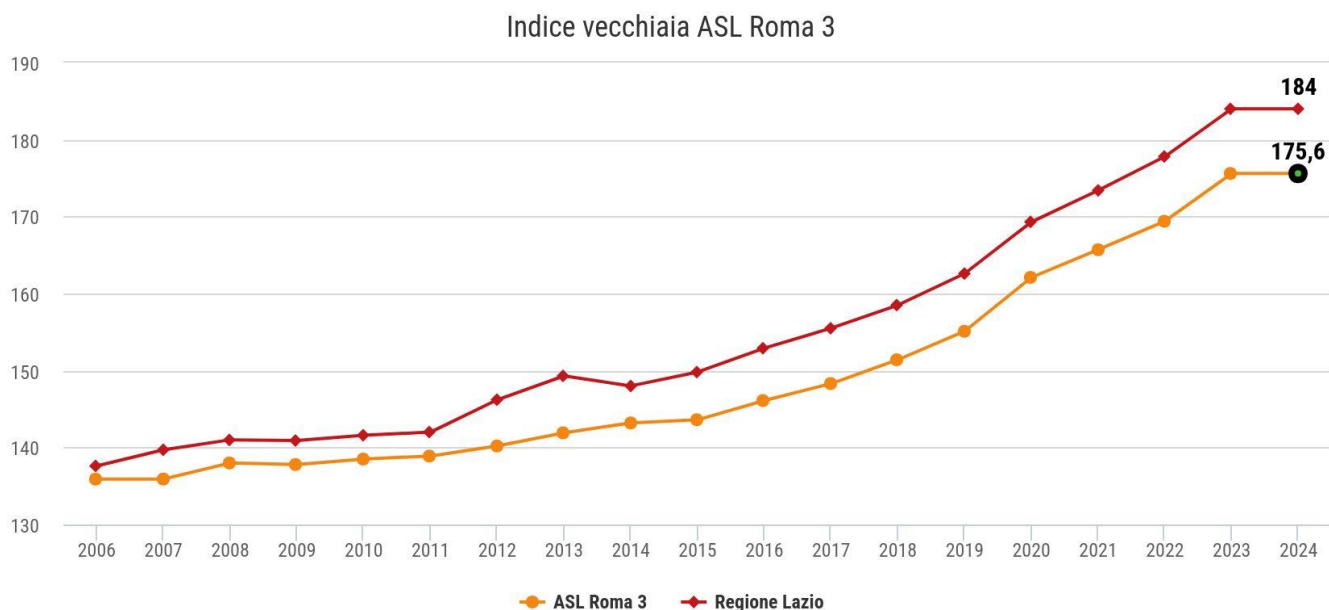
Figura 1

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:



Distribuzione per classi di età ASL Roma 3 - 2024





L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni. Per esempio, se in un'area l'indice di vecchiaia è pari a 153 significa che in quel luogo risiedono 153 anziani ogni 100 bambini.

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La ASL Roma 3 con Deliberazione del Direttore Generale n. 1019 del 30.12.2025 ha adottato il seguente modello organizzativo approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 7 dell'22/01/2026 e pubblicato sul BURL del 27.01.2026.

FUNZIONE DI STAFF ALLA DIREZIONE AZIENDALE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO INTEGRATO SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PSICOLOGICHE
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGIA INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI
DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)
AREA SICUREZZA E QUALITA' DELLE CURE
AREA RISORSE UMANE FINANZIARIE E STRUMENTALI
AREA TECNICA E NUOVE TECNOLOGIE
AREA SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI AZIENDALI
AREA ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TERRITORIALI
AREA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA
AREA FUNZIONALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
AREA FUNZIONALE OMOGENEA DELLE ATTIVITA' ANESTESIOLOGICHE, DEL GOVERNO BLOCCHI OPERATORI E DELLA TERAPIA DEL DOLORE
AREA DELLA RETE AZIENDALE DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO E DELLE CURE PALLIATIVE

La struttura organizzativa dell'Azienda è articolata in unità organizzative di tipo produttivo o di supporto nel cui ambito si aggregano risorse professionali, tecniche e finanziarie che assicurano, attraverso il governo dei processi e delle attività, il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali, organizzative e gestionali delle risorse assegnate, possono essere:

- Strutture Complesse (UOC)
- Strutture semplici a valenza Dipartimentale (UOSD)
- Strutture semplici (UOS)
- Incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- Incarichi di funzione.

L'Azienda è strutturata in 18 Dipartimenti/Aree di Coordinamento, 54 Strutture Complesse, 26 Strutture semplici a valenza Dipartimentale e 56 Strutture Semplici.

Il territorio della ASL è caratterizzato da una rete articolata di strutture pubbliche, private accreditate, classificate ed extraterritoriali, che offrono sia assistenza ospedaliera che territoriale.

L'Azienda è articolata in quattro distretti:

- Distretto Sanitario Comune di Fiumicino con sede in Via degli Orti, 10 – 00054 Fiumicino (ROMA)
- Distretto Sanitario X Municipio con sede in Via Casal Bernocchi, 73 – 00125 ROMA
- Distretto Sanitario XI Municipio con sede in Via Giovanni Volpato, 18 – 00146 ROMA
- Distretto Sanitario XII Municipio con sede in Via Bernardino Ramazzini, 15 – 00151 ROMA

L'Azienda eroga direttamente assistenza ospedaliera articolando i posti letto nell'ambito di un Presidio Ospedaliero Unico composto da:

- Giovan Battista Grassi di Ostia con sede in Via Giancarlo Passeroni, 28 – 00122 ROMA
- Centro Paraplegici di Ostia "Gennaro Di Rosa" con sede in Viale Vega, 3 – 00122 ROMA.

L'Azienda adempie altresì alle funzioni istituzionali anche attraverso:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento integrato di Salute Mentale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze psicologiche

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Il territorio della ASL è caratterizzato da una rete articolata di strutture pubbliche, private accreditate, classificate ed extraterritoriali, che offrono sia assistenza ospedaliera che territoriale.

L'Azienda è articolata in quattro distretti:

- Distretto Sanitario Comune di Fiumicino con sede in Via degli Orti, 10 – 00054 Fiumicino (ROMA)
- Distretto Sanitario X Municipio con sede in Via Casal Bernocchi, 73 – 00125 ROMA
- Distretto Sanitario XI Municipio con sede in Via Giovanni Volpato, 18 – 00146 ROMA
- Distretto Sanitario XII Municipio con sede in Via Bernardino Ramazzini, 15 – 00151 ROMA

L'Azienda eroga direttamente assistenza ospedaliera articolando i posti letto nell'ambito di due Presidi Ospedalieri:

- Giovan Battista Grassi di Ostia con sede in Via Giancarlo Passeroni, 28 – 00122 ROMA
- Centro Paraplegici di Ostia "Gennaro Di Rosa" con sede in Viale Vega, 3 – 00122 ROMA

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda eroga un presidio a gestione diretta e 13 case di cura convenzionate.

Il piano della rete ospedaliera, approvato con DGR n. 869 del 7 dicembre 2023 è riassunto nello schema di seguito riportato:



ASL	Struttura	Tipologia Assistenza									Totale		
		Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione					
		ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.
Roma 3	12090100 - S. CAMILLO - FORLANINI	868	117	985	0	0	0	20	4	24	888	121	1.009
	12091000 - IRCCS SAN RAFFAELE PISANA	30	0	30	0	0	0	241	27	268	271	27	298
	12006100 - OSPEDALE G. B. GRASSI di Ostia	235	29	264	0	0	0	0	0	0	235	29	264
	12013800 - OSPEDALE S. G. BATTISTA-ACISMOM	0	0	0	0	0	0	240	0	240	240	0	240
	12091800 - ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE L. SPALLANZANI	212	6	218	0	0	0	0	0	0	212	6	218
	12029500 - POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	65	13	78	30	0	30	53	6	59	148	19	167
	12011300 - VILLA PIA	114	9	123	40	0	40	0	0	0	154	9	163
	12090402 - OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'-PALIDORO	92	37	129	0	0	0	30	2	32	122	39	161
	12013000 - VILLA SANDRA	0	0	0	0	0	0	144	0	144	144	0	144
	12007500 - ISRAELITICO	97	17	114	0	0	0	0	0	0	97	17	114
	12060600 - S. RAFFAELE PORTUENSE	0	0	0	0	0	0	87	9	96	87	9	96
	12017100 - CITTA' DI ROMA	70	14	84	0	0	0	0	0	0	70	14	84
	12028300 - Istituto Clinico Casalpalecco	76	0	76	0	0	0	0	0	0	76	0	76
	12019100 - MERRY HOUSE / C. GERIATRICO ROMANO	30	0	30	41	0	41	0	0	0	71	0	71
	12017300 - EUROPEAN HOSPITAL	0	0	0	0	0	0	54	0	54	54	0	54
	12026200 - VILLA MARIA IMMACOLATA	0	0	0	42	0	42	0	0	0	42	0	42
	12006500 - CENTRO PARAPLEGICI OSTIA	0	0	0	0	0	0	34	4	38	34	4	38
	120203XX - ASL ROMA 3	14	0	14	33	0	33	0	0	0	47	0	47
	Roma 3 Totale		1.903	242	2.145	186	0	186	903	52	955	2.992	294

I posti letto gestiti direttamente sono 264 a regime, presso il G.B. Grassi e 38 presso il CPO – Gennaro Di Rosa:

- Giovan Battista Grassi di Ostia con sede in Via Giancarlo Passeroni, 28 – 00122 Roma, Ospedale per acuti di complessità medio-alta, sede di DEA di I livello inserito nella rete integrata regionale per l'assistenza al trauma grave e neuro-trauma, nella rete regionale per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto (U.T.N.I.), nella rete regionale dell'emergenza cardiologica (spoke II), nella rete perinatale; secondo il DGR n. 869 del 7/12/2023 Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015.
- Centro Paraplegici di Ostia – Gennaro Di Rosa con sede in Viale Vega, 3 – 00122 Roma, Ospedale specializzato per gli interventi di recupero e di riabilitazione, sede di Centro Spinale (Decreto n. 8/2011) con attività finalizzate anche al reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti; secondo il DCA n. U00257

del 05/07/2017 i P.L. 20 di day hospital nell'unità spinale. Nell'anno 2021 è stato inoltre attivato un reparto di riabilitazione per n. 14 p.l. + 1 day hospital. Nella struttura è presente anche la dialisi ambulatoriale.

Le specialità presenti nei Presidi Ospedalieri della ASL Roma 3 sono: cardiologia, chirurgia generale, medicina generale, neonatologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, terapia intensiva e sub-intensiva, unità coronarica, osservazione breve, nefrologia e dialisi, otorinolaringoiatria, oculistica, riabilitazione, fisiatria.

L'Azienda eroga altresì attività clinica, giusta specifica convenzione, nel reparto SPDC allocato presso L'AO San Camillo Forlanini. Il reparto è dotato di 15 posti letto in degenza ordinaria e 4 in DH, di cui 2 per il CDP (Centro Disturbi della Personalità).

I posti letto convenzionati alla data del 31/12/2025 sono di seguito riportati:

ACUZIE	Dotazione accreditata al 31/12/2025			Programmazione rete ospedaliera 2024-2026		
Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital/day surgery	TOT	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital/day surgery	TOT
Numero Posti Letto	523	53	576	482	53	535
RIABILITAZIONE	Dotazione accreditata al 31/12/2024			Programmazione rete ospedaliera 2024-2026		
Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per post - acuzie	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital		n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital	
Numero Posti Letto	511	56		565	56	
LUNGODEGENZA POST ACUZIE	Dotazione accreditata al 31/12/2024			Programmazione rete ospedaliera 2024-2026		
	n. PP.LL. ordinari			n. PP.LL. ordinari		
Numero Posti Letto	153			153		

L'elenco analitico aggiornato al 31/12/2025 strutture sanitarie accreditate e in rapporto convenzionale, insistenti sul territorio è il seguente:

ACUTI

	Dotazione accreditata al 31/12/2025		Programmazione rete ospedaliera 2024-2026	
Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital/day surgery	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital/day surgery
Casa di Cura Città di Roma	60	14	70	14
Casa di Cura Villa Pia	114	9	114	9
Policlinico Luigi Di Liegro	65	13	65	13
Ospedale Israelitico	97	17	97	17
Casa di Cura European Hospital	51	0	0	0
IRCCS S. Raffaele	30	0	30	0
Casa di Cura Merry House	30	0	30	0
Istituto Clinico Casalpallocco	76	0	76	0
Totale	523	53	482	53

RIABILITAZIONE POST ACUZIE

	Dotazione accreditata al 31/12/2025		Programmazione rete ospedaliera 2024-2026	
Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital	n. PP.LL. ordinari	n. P.L. day hospital
Casa di Cura San Raffaele-Portuense	87	9	87	9
Casa di Cura Villa Sandra	130	14	130	14
IRCCS San Raffaele	241	27	241	27
Policlinico Luigi Di Liegro	53	6	53	6
Casa di Cura European Hospital	0	0	54	0
Totale	511	56	565	56

LUNGODEGENZA POST ACUZIE

	Dotazione accreditata al 31/12/2024	Programmazione rete ospedaliera 2024-2026
Struttura	n. PP.LL. ordinari	n. PP.LL. ordinari
Casa di Cura Villa Pia	40	40
Casa di Cura Merry House	41	41
Casa di Cura Villa Maria Immacolata	42	42
Policlinico Luigi Di Liegro	30	30
Totale	153	153

PRODUZIONE INTERNA ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Attività per acuti e di riabilitazione svolta ha subito modifiche significative in termini di volumi e di attività a seguito dell'emergenza Covid e della difficile attività di ripresa della produzione ordinaria.

È utile in questa sede riportare sinteticamente i dati di produzione degli ultimi sei anni per comprendere come l'impatto COVID abbia inciso significativamente sull'organizzazione e sulla capacità produttiva.

A partire dalla fine del 2021 il CPO ha incrementato le attività relative alla riabilitazione - cod. 56 e al Centro spinale - cod. 28.

Nel 2024 il completamento dei lavori in alcuni reparti, e l'assunzione di personale, ha consentito l'apertura di nuovi posti letto nel reparto di Medicina, anche in funzione di supporto al sovraffollamento del pronto soccorso, ciò ha determinato un trascinamento positivo nel 2025.

Ricoveri

Tipologia	Istituto	Numero Dimessi						
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Acuti	GB Grassi	11.296	8.338	8.278	8.187	8.343	8.894	9.352
Riabilitazione	CPO	112	59	103	119	134	135	144
Spinale		ND	ND	ND	88	115	104	117
Totale		11.406	8.397	8.381	8.394	8.592	9.133	9.613

Tipologia	Istituto	Valore Economico						
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Acuti	GB Grassi	31.732.923	22.743.853	25.349.585	24.714.769	25.616.149	26.112.954	29.311.073
Riabilitazione	CPO	2.135.314	1.548.885	1.945.314	941.101	1.130.977	1.062.627	1.160.345
Spinale		ND	ND	ND	1.768.143	2.579.105	2.106.628	2.569.249
Totale		33.868.237	24.292.738	27.294.899	27.424.013	29.326.231	29.282.209	33.040.667

L'ATTIVITA' DI EMERGENZA

Il Presidio ospedaliero è DEA di I livello e la gestione degli accessi in PS e soprattutto del tempo di ricovero rappresentano da sempre una priorità aziendale.

Dallo schema sotto riportato, si nota un aumento degli accessi, costante dal 2021.

ESITO TRIAGE - PS/DEA	Numero Accessi 2024	Numero Accessi 2025	ANDAMENTO %
A domicilio	31.239	34.846	12
Deceduto in P.S.	215	145	-33
Dimissione a strutture ambulatoriali	481	656	36
Giunto cadavere	4	5	25
Non risponde a chiamata	2.301	1.391	-40
Paziente si allontana spontaneamente	2.845	2.398	-16
Rifiuta ricovero	1.961	2.157	10
Trasferito	2.597	3.170	22
Trasferimento a struttura territoriale (COVID)	1	0	ND
Trasferito al PS Richiedente	4	3	-25
Ricoverato	5.082	5.637	11
Inserito per errore	0	116	ND
Trasferito a Ospedale di Comunità	0	1	ND
Totale complessivo	46.730	50.525	8

La tendenza evidenzia, che dopo il crollo di accessi dovuto alla pandemia, si registra un incremento costante degli stessi, senza però tornare ai livelli precedenti (anno 2019 57.579 accessi).

PS/DEA - Numero Accessi			
Codice	2024	2025	Andamento %
Arancione	7.706	9.369	21,58
Bianco	724	598	-17,4
Azzurro	16.923	19.37	4,48
Rosso	2.533	2.681	5,8
Verde	18.832	18.451	-2,0
Non Eseguito	12	0	ND
Non Valorizzato	0	16.563	ND
Totale complessivo	46.730	67.036	43,5

Al fine di aumentare il numero di ricoveri è stato assegnato specifico obiettivo legato alle dimissioni nei giorni festivi e prefestivi, di seguito la tabella riepilogativa per reparto:

Dipartimento	Strutture uoc /uos	Tot. Dim. GG Feriali	Tot. Dim GG Festivi e Pref	Media Dim. Fer GG Feriali (GG/5)	Media Dim FP GG Festivi e pref (GG/2)	% Dimissioni GG Festivi/ Feriali
DIP CHIRURGIA		2.082	834	416,40	417,00	100,14 %
	UOC CHIRURGIA GENERALE	854	339	170,80	169,50	99,24 %
	UOC GINECOLOGIA	777	313	155,40	156,50	100,71 %
	UOC ORTOPEDIA	451	182	90,20	91,00	100,89 %
DIP EMERGENZA		788	323	157,60	161,50	102,47 %
	UOC CARDIOLOGIA	699	282	139,80	141,00	100,86 %
	UOSD RIANIMAZIONE	89	41	17,80	20,50	115,17 %
DIP MEDICINA		2.091	858	418,20	429,00	102,58 %
	UOC MEDICINA	1.315	540	263,00	270,00	102,66 %
	UOC NEFROLOGIA	162	74	32,40	37,00	114,20 %
	UOC PEDIATRIA	58	18	11,60	9,00	77,59 %
	UOSD NEONATOLOGIA	556	226	111,20	113,00	101,62 %
DIP SALUTE MENTALE		300	116	60,00	58,00	96,67 %
	UOC SPDC	300	116	60,00	58,00	96,67 %

Si deve tener presente che i ricoveri programmati prevedono la dimissione entro la giornata di venerdì.

Sono state attuate numerose azioni finalizzate al miglioramento dei percorsi di emergenza-urgenza, con una riduzione dei tempi di ricovero, trasferimento e permanenza in Pronto Soccorso, un incremento delle dimissioni nei giorni festivi e prefestivi e un miglioramento dei tempi di presa in carico e trattamento dei pazienti, anche attraverso una maggiore integrazione organizzativa tra Pronto Soccorso e reparti di degenza.

Di seguito si riporta il numero delle prestazioni effettuate a seguito di accesso al Pronto Soccorso, e ai Nuclei di Cure Primarie aziendali.

tipo erogatore	erogatore	Altra diagnostica strumentale	Analisi	cd esami	Colloquio/ visita/ consulto	Doppler	ECG	Ecografie	EEG	RMN	Rx	Tac	Terapie / trattamenti	totale
Pronto Soccorso G.B. Grassi	Pronto Soccorso Ostia	19.192	10.568		49.545	34	21.010	276	372				8.698	109.695
Pronto Soccorso G.B. Grassi	PS Ostetrico/Ginecologico - Ostia	839						350						1.189
Ospedale G.B. Grassi	ANESTESIA E RIANIMAZIONE - OSTIA				1.195									1.195
Ospedale G.B. Grassi	ANGIOLOGIA - OSTIA				29	335								364
Ospedale G.B. Grassi	ASSISTENTE SOCIALE - OSTIA				189									189
Ospedale G.B. Grassi	CARDIOLOGIA - OSTIA				3.216									3.216
Ospedale G.B. Grassi	CHIRURGIA GENERALE - OSTIA				1.701									1.701
Ospedale G.B. Grassi	d. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - OSTIA				539									539
Ospedale G.B. Grassi	GASTROENTEROLOGIA - OSTIA	56			132									188
Ospedale G.B. Grassi	LABORATORIO - OSTIA		475.788											475.788
Ospedale G.B. Grassi	LABORATORIO CATENA DI CUSTODIA - OSTIA		517											517
Ospedale G.B. Grassi	MEDICINA - OSTIA				8									8
Ospedale G.B. Grassi	NEFROLOGIA - OSTIA				560									560
Ospedale G.B. Grassi	NEUROLOGIA - OSTIA				1.811									1.811
Ospedale G.B. Grassi	OCULISTICA - OSTIA				287									287
Ospedale G.B. Grassi	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - OSTIA				3.163									3.163
Ospedale G.B. Grassi	PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI - OSTIA				1.009									1.009
Ospedale G.B. Grassi	PEDIATRIA - OSTIA				869									869
Ospedale G.B. Grassi	RADIOLOGIA ECO - OSTIA			26			863	6.678						7.567
Ospedale G.B. Grassi	RADIOLOGIA ENDOSCOPIA - OSTIA	10												10
Ospedale G.B. Grassi	RADIOLOGIA RM - OSTIA			12						187				199
Ospedale G.B. Grassi	RADIOLOGIA RX - OSTIA			504							45.690			46.194
Ospedale G.B. Grassi	RADIOLOGIA TAC - OSTIA		4.824									40.112		44.936
Ospedale G.B. Grassi	SPDC - OSTIA				2.543									2.543
NCP ASL Roma 3	NCP Fiumicino	1.576	307		10.570		832						1.211	14.496
NCP ASL Roma 3	NCP Fregene	1.786	70		5.836		429						878	8.999
Altro Ospedale	BAMBINO GESU' NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA				1									1
Altro Ospedale	BAMBINO GESU' PEDIATRIA CHIRURGICA				6									6
Altro Ospedale	EUROPEAN HOSPITAL CARDIOCHIRURGICA				2									2
Altro Ospedale	S. CAMILLO F. PERINATALE				1									1
Altro Ospedale	S. CAMILLO FORLANINI CARDIOCHIRURGICA				13									13
Altro Ospedale	S. CAMILLO FORLANINI EMERGENZA				498									498
Altro Ospedale	S. CAMILLO FORLANINI ICTUS				89									89
Altro Ospedale	S. CAMILLO FORLANINI TRAUMA				74									74
Altro Ospedale	SPALLANZANI MALATTIE INFETTIVE				183									183
Totale		23.459	487.250	5.366	84.069	369	23.134	7.304	372	187	45.690	40.112	10.787	728.099

L'Azienda ha offerto prestazioni ad accesso libero nei *Nuclei di Cure Primarie di Fiumicino e Fregene*, nonché negli Ambufest della Casa della Salute di Ostia, di Casal Bernocchi (22/04 2023) e Ponte Galeria. Ad Ostia è stata garantita anche la presenza dell'assistenza pediatrica.

Di seguito sono riepilogati gli accessi e le prestazioni erogate nelle strutture Ambufest, aperte in orario diurno il sabato e la domenica:

DATI ACP (AMBUFEST) 2025

DATI ACP (AMBUFEST) 2025				
Tipologia di intervento	Poliambulatorio Casal Bernocchi	Casa della Salute Ostia	Casa della Salute Ostia (Pediatria)	Ponte Galeria Distretto XI
Certificazioni	1.839	5.068	246	1.975
Prescrizioni (in urgenza e in continuità terapeutica)	1.770	5.533	10.646	3.918
Prestazioni infermieristiche	1.541	6.583	9.736	456
Invio in PS/chiamata 118	174	335	323	64

DATI ACP (AMBUFEST) 2025				
	Poliambulatorio Casal Bernocchi	Casa della Salute Ostia	Casa della Salute Ostia (Pediatria)	Ponte Galeria Distretto XI
Accessi totali	3.785	11.155	14.436	4.165

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza sanitaria territoriale delle cure primarie è erogata attraverso l'organizzazione distrettuale, avvalendosi del necessario coordinamento ed approccio multidisciplinare, sia in ambulatorio che a domicilio, fra MMG, servizi di Continuità Assistenziale e poliambulatori specialistici. Essa comprende:

- l'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale,
- l'assistenza specialistica ambulatoriale,
- l'assistenza domiciliare, integrativa e protesica,
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale,
- l'assistenza erogata presso i Consultori Familiari,
- l'assistenza farmaceutica,
- cura delle dipendenze.

L'assistenza specialistica ambulatoriale, oltre che negli ambulatori ospedalieri, è stata erogata per il 2025 presso i poliambulatori delle strutture pubbliche localizzate nei quattro Distretti come indicato nella tabella seguente, e presso strutture accreditate.

Poliambulatori di erogazione prestazioni specialistiche suddivisi per distretto indicati per sede			
Distretto Comune di Fiumicino	Distretto Municipio X	Distretto Municipio XI	Distretto Municipio XII
Fiumicino Coni Zugna	Acilia	Ponte Galeria	Massimina
Fregene via Pineta	Ostia Antica	Corviale	Colle Massimo
Casa della salute di Palidoro Via Aurelia	Ostia Paolini	Vaiano	Consolata
	Ostia S.Agostino		Ramazzini
	PO Grassi		
	PO CPO		

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Con riferimento all'attività di specialistica ambulatoriale (APA-PAC) erogata nei presidi aziendali, i dati 2025 evidenziano una prevalente riduzione dei volumi di prestazioni rispetto al 2024, a fronte di un andamento più eterogeneo della valorizzazione economica. In alcune strutture, infatti, il valore della produzione risulta stabile o in incremento, segnalando un disallineamento tra quantità erogate e ricavi, verosimilmente riconducibile a una diversa composizione del mix delle prestazioni.

Per quanto riguarda l'attività di dialisi, si rileva una contrazione dei volumi ($-10,2\%$ e $-7,2\%$) accompagnata da un incremento della valorizzazione economica ($+1,5\%$ e $+5\%$), a conferma di una maggiore incidenza di prestazioni a più elevata complessità o remunerazione.

Nel complesso, emerge una flessione dei livelli produttivi in termini quantitativi, a fronte di una sostanziale tenuta della performance economica.

Tab . 1 - Volumi di attività e valorizzazione economica (compresa attività nei APA-PAC) - per presidio -Anni 2025-2024								
Distretto	PresPrinc	Nome	2025 N. Prestazioni	2024 N. Prestazioni	Variatione %	2025 Valorizzazione teorica	2024 Valorizzazione teorica	Variatione %
Comune di Fiumicino - Distretto 1	000901	Poliambulatorio Fregene	49.667	60.931	-18,5	€ 186.283,76	€ 243.949,11	-23,6
	001001	Casa Della Salute Di Palidoro	54.158	55.367	-2,2	€ 225.866,05	€ 231.360,46	-2,4
	001501	Poliambulatorio Fiumicino	262.388	268.350	-2,2	€ 1.458.595,08	€ 1.493.901,00	-2,4
1 Totale			366.213	384.648	-4,8	€ 1.870.744,89	€ 1.969.210,57	-5,0
Municipio 10 - Distretto 2	000401	Poliambulatorio Paolini	27.411	24.405	12,3	€ 565.534,49	€ 426.408,12	32,6
	000501	Casa della Salute di Ostia	228.213	248.077	-8,0	€ 972.249,18	€ 1.128.412,10	-13,8
	000701	Poliambulatorio Acilia	248.681	296.096	-16,0	€ 1.443.769,21	€ 1.540.694,60	-6,3
	001701	Poliambulatorio Ostia Antica	166.288	185.148	-10,2	€ 716.371,18	€ 817.657,43	-12,4
2 Totale			670.593	753.726	-11,0	€ 3.697.924,06	€ 3.913.172,25	-5,5
Municipio 11 - Distretto 3	910301	Poliambulatorio Ponte Galeria	8.454	31.826	-73,4	€ 272.294,60	€ 326.632,89	-16,6
	930600	Poliambulatorio Corviale	4.345	4.063	6,9	€ 97.475,77	€ 72.437,27	34,6
	930800	Poliambulatorio Vaiano	134.908	140.591	-4,0	€ 806.357,33	€ 905.400,57	-10,9
3 Totale			147.707	176.480	-16,3	€ 1.176.127,70	€ 1.304.470,73	-9,8
Municipio 12 - Distretto 4	070200	Poliambulatorio Ramazzini	150.214	118.487	26,8	€ 1.286.187,10	€ 1.046.633,87	22,9
	070601	Poliambulatorio Massimina	20.707	18.207	13,7	€ 65.112,62	€ 62.935,80	3,5
	071002	Poliambulatorio Consolata	59.310	58.707	1,0	€ 218.455,89	€ 218.653,80	-0,1
	072001	Poliambulatorio Colle Massimo	55.221	60.212	-8,3	€ 182.791,30	€ 225.711,32	-19,0
4 Totale			285.452	255.613	11,7	€ 1.752.546,91	€ 1.553.934,79	12,8
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	389.435	364.353	6,9	€ 7.090.346,19	€ 5.991.416,17	18,3
	000201	Ambulatorio C.P.O.	16.793	12.697	32,3	€ 348.890,89	€ 228.724,14	52,5
PPOO Totale			406.228	377.050	7,7	€ 7.439.237,08	€ 6.220.140,31	19,6
Totale complessivo			1.876.193	1.947.517	-3,7	€ 15.936.580,64	€ 14.960.928,65	6,5
Prestazioni dialisi			N. Prestazioni	N. Prestazioni		Valorizzazione Economica	Valorizzazione	
PPOO	000101	Poliambulatorio G.B. Grassi	23.119	25.756	-10,2	2.084.940,35 €	2.053.955,68 €	1,5
	000201	Poliambulatorio CPO	1.119	373		108.760,50 €	29.986,17 €	
PPOO Totale			24.238	26.129	-7,2	2.193.700,85 €	2.083.941,85 €	5,3

Fonte: UOC ESIS.



Di seguito si riportano il numero delle prestazioni eseguite per branca e differenziate tra ambulatoriali e APA / PAC e Dialisi:

Tab.2 - Volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) nelle strutture pubbliche per branca specialistica.

Prestazioni SIAS per branca specialistica - Confronto Anni 2025 -2024

Codice Branca	Denominazione Branca	Prestazioni in regime SNN					
		Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APA/PAC	dialisi	Totale 2025	Totale 2024	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	1.606.718			1.606.718	1.697.413	-5,3
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	12.837			12.837	9.980	28,6
08	Cardiologia	25.385	10		25.395	28.056	-9,5
09	Chirurgia generale	3.960	528		4.488	2.243	100,1
12	Chirurgia Plastica	1.130			1.130	931	21,4
15	Medicina dello Sport		982		982	3.948	-75,1
19	Endocrinologia	19.681	32		19.713	19.019	3,6
29	Nefrologia	2.984	16.343	24.238	43.565	44.280	-1,6
30	Neurochirurgia		5				
32	Neurologia	8.631			8.631	9.482	-9,0
34	Oculistica	24.749	5.444		30.193	24.710	22,2
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	10.804			10.804	8.204	31,7
36	Ortopedia e Traumatologia	12.252			12.252	10.693	14,6
37	Ostetricia e Ginecologia	8.848			8.848	5.778	53,1
38	Otorinolaringoiatria	16.080			16.080	13.670	17,6
40	Psichiatria	15.871			15.871	19.399	-18,2
43	Urologia	4.506	19		4.525	3.800	19,1
52	Dermosifilopatia	6.424	12		6.436	4.333	48,5
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	8.547			8.547	8.058	6,1
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	6.890			6.890	3.947	74,6
64	Oncologia	3.035			3.035	3.137	-3,3
68	Pneumologia	7.949			7.949	8.678	-8,4
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	16.535			16.535	21.699	-23,8
79	Risonanza Magnetica *	120			120	518	-76,8
82	Anestesia	3.036			3.036	2.555	18,8
99	Altro	20.820	5.026		25.846	19.115	35,2
Totale		1.847.792	28.401	24.238	1.900.431	1.973.646	-3,7

Fonte: UOC ESIS.



La tabella che segue riporta le stesse analisi per valore della produzione:

Tab. 3 -Valorizzazione teorica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (SSN) rese dalle strutture pubbliche per branca specialistica.							
Cod Branca	Denominazione Branca	Prestazioni ambulatoriali	Prestazioni in APAPAC	Prestazioni in dialisi	2025	2024	Var %
00	Laboratorio Analisi – Radioimmunologia	5.533.578,96 €			5.533.578,96 €	6.372.770,85 €	-13,2
05	Chirurgia Vascolare – Angiologia	559.883,43 €			559.883,43 €	429.863,80 €	30,2
08	Cardiologia	776.663,34 €	346,94 €		777.010,28 €	775.986,86 €	0,1
09	Chirurgia generale	107.543,89 €	385.400,00 €		492.943,89 €	57.760,53 €	753,4
12	Chirurgia Plastica	39.053,07 €			39.053,07 €	21.985,43 €	77,6
15	Medicina dello Sport		6.365,35 €		6.365,35 €	25.564,68 €	-75,1
19	Endocrinologia	359.106,85 €	165,07 €		359.271,92 €	292.013,01 €	23,0
29	Nefrologia	52.670,86 €	111.638,65 €	2.193.700,85 €	2.358.010,36 €	2.242.648,94 €	5,1
30	Neurochirurgia		3.270,00 €		3.270,00 €		
32	Neurologia	234.508,75 €			234.508,75 €	153.404,13 €	52,9
34	Oculistica	550.265,05 €	3.582.608,80 €		4.132.873,85 €	3.713.411,96 €	11,3
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale	252.626,28 €			252.626,28 €	167.119,02 €	51,2
36	Ortopedia e Traumatologia	281.410,35 €			281.410,35 €	222.317,02 €	26,6
37	Ostetricia e Ginecologia	271.388,64 €			271.388,64 €	134.724,56 €	101,4
38	Otorinolaringoiatria	383.956,06 €			383.956,06 €	234.267,00 €	63,9
40	Psichiatria	321.858,78 €			321.858,78 €	299.363,31 €	7,5
43	Urologia	104.267,57 €	2.452,90 €		106.720,47 €	71.147,56 €	50,0
52	Dermosifilopatia	153.331,29 €	3.250,00 €		156.581,29 €	108.188,61 €	44,7
56	Medicina Fisica e Riabilitazione	154.295,22 €			154.295,22 €	98.053,93 €	57,4
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	411.285,48 €			411.285,48 €	203.832,37 €	101,8
64	Oncologia	51.449,95 €			51.449,95 €	42.870,10 €	20,0
68	Pneumologia	164.973,41 €			164.973,41 €	164.250,44 €	0,4
69	Diagnostica per immagini - Radiologia Diagnostica	743.015,25 €			743.015,25 €	904.723,21 €	-17,9
79	Risonanza Magnetica *	20.593,67 €			20.593,67 €	84.642,80 €	-75,7
82	Anestesia	63.374,60 €			63.374,60 €	44.801,59 €	41,5
99	Altro	218.060,40 €	31.921,78 €		249.982,18 €	179.158,79 €	39,5
Totale		11.809.161,15 €	4.127.419,49 €	2.193.700,85 €	18.130.281,49 €	17.044.870,50 €	6,4

Fonte: UOC ESIS

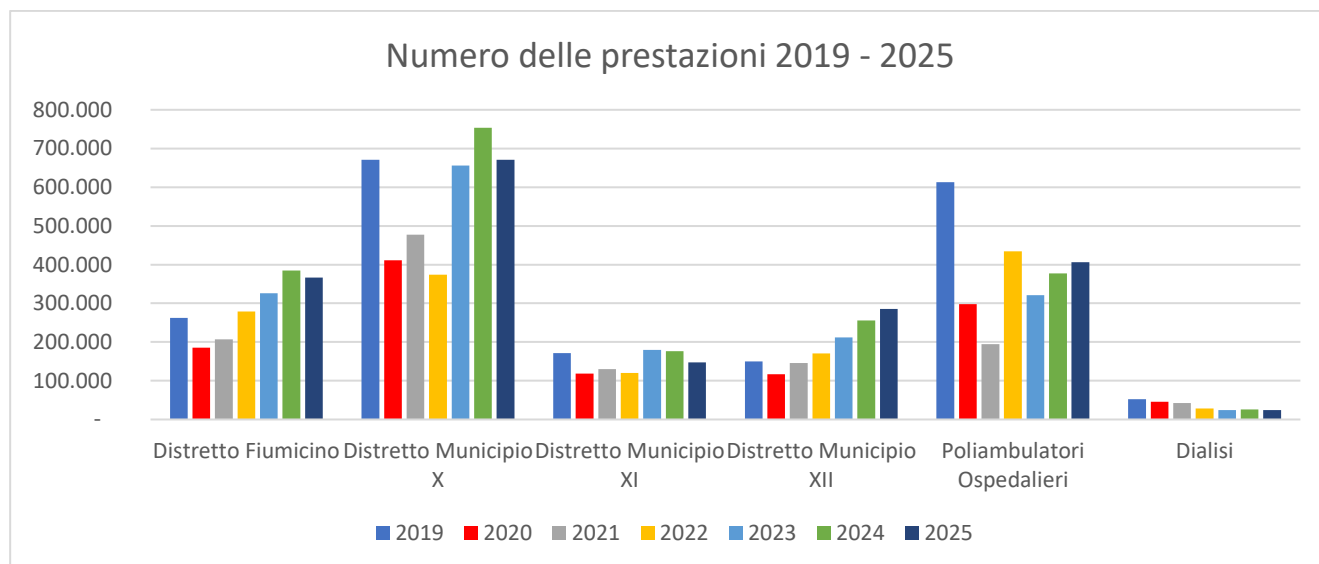
Di seguito di riportano due prospetti e due grafici relativi al numero di prestazioni ed al valore della produzione dalla fase pre-pandemica ad oggi, per distretto e presidio ospedaliero.

La produzione, diminuita a partire dal 2020, è in costante recupero, nel 2025 le prestazioni sono leggermente diminuite, soprattutto per l'impatto dei lavori del PNRR nelle Case di Comunità.

Il valore della produzione ha invece superato il picco raggiunto nel 2019, soprattutto per un incremento delle prestazioni più complesse e l'aumento del tariffario CUP.

Numero Prestazioni

Struttura erogante	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Distretto Fiumicino	262.602	185.49	206.75	279.154	326.361	384.648	366.213
Distretto Municipio X	670.806	411.602	476.959	374.320	656.299	753.776	670.593
Distretto Municipio XI	171.689	118.620	130.194	120.225	179.916	176.480	147.707
Distretto Municipio XII	150.109	117.163	146.010	170.307	212.289	255.613	285.452
Poliambulatori Ospedalieri	613.196	298.026	194.624	434.454	320.757	377.000	406.228
Dialisi	52.580	45.428	42.411	28.697	24.339	26.129	24.238
Totale	1.920.982	1.176.333	1.196.957	1.407.157	1.719.961	1.973.646	1.900.431



Valore Prestazioni

Struttura erogante	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Distretto Fiumicino	1.536.095	989.653	1.053.236	1.480.854	1.685.373	1.969.210	1.870.744
Distretto Municipio X	3.776.607	2.401.071	2.738.670	2.683.321	3.599.702	3.913.172	3.697.924
Distretto Municipio XI	1.470.158	947.780	864.863	1.119.758	1.258.324	1.304.470	1.176.127
Distretto Municipio XII	968.050	749.819	812.583	1.040.120	1.285.031	1.553.934	1.752.546
Poliambulatori Ospedalieri	6.259.272	3.395.188	3.289.324	5.770.865	5.611.714	6.220.140	7.439.237
Dialisi	3.706.510	3.220.389	2.609.892	2.603.200	2.170.466	2.083.941	2.193.700
Totale	17.716.692	11.703.900	11.368.568	14.698.118	15.610.610	17.044.867	18.130.278



ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale, che individua il domicilio come primo luogo di cura, sono stati incrementati i target relativi ai pazienti assistiti in ADI.

Gli obiettivi annuali per i cittadini over 65 sono stati rimodulati come segue:

2022	2023	2024	2025
4,38%	6,86%	9,34%	9,91%

Si riporta di seguito il confronto 2022 e 2023 relativo sia alla popolazione presa in carico che all'indicatore distinto per Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA1, CIA2, CIA3):

Anno	2022	2023	2024	2025
Target	4,38%	6,86%	9,34%	9,91%
Popolazione presa in carico	6.687	9.308	13.416	13.974
Target raggiunto	4,9%	7,05%	9,8%	10,11%
CIA 1	2,8%	3,63%	5,01%	5,11%
CIA 2	2,2%	3,84%	8,56%	10,35
CIA 3	1,1%	1,38%	2,77%	2,00%

Nel corso del 2025 sono stati seguiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) n. 13.974 anziani non autosufficienti di età superiore ai 65 anni pari al 10,11% della popolazione anziana residente nel territorio dell'Azienda. L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.

PIC CIA	ASL	%o	Fiumicino	%o	Distretto X°	%o	Distretto XI°	%o	Distretto XII°	%o
CIA 1 (>0.14 - <0.30)	3.096	5,11	631	7,28	896	3,94	692	4,57	877	6,28
CIA 2 (>0.30 - <0.50)	6.234	10,3	602	6,94	1.334	5,87	2.155	14,2	2.143	15,3
CIA 3 (>0.50)	1.213	2	88	1,01	179	0,79	347	2,29	599	4,29

Di seguito si riepiloga l'attività svolta per singolo mese dalle Centrali Operative Territoriali nell'anno 2025

REPORT GENERALE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI ASL ROMA 3 ANNO 2025													
	Gennaio	Febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	TOTALE
COT A	181	196	222	251	275	282	343	292	324	438	402	429	3.635
COT D DISTRETTO X CASAL BERNOCCHI	134	250	531	282	419	468	475	348	527	588	504	430	4.956
COT D DISTRETTO X OSTIA	316	305	277	331	341	323	343	322	422	446	406	406	4.238
COT D DISTRETTO XI	268	261	400	267	311	250	326	260	396	412	343	366	3.860
COT D DISTRETTO XII	423	530	616	465	425	475	451	400	466	486	400	378	5.515
COT D DISTRETTO FIUMICINO	190	197	119	158	145	108	118	82	66	198	170	106	1.657
Totale pazienti presi in carico dalla COT A e COT D	1.512	1.739	2.165	1.754	1.916	1.906	2.056	1.704	2.201	2.568	2.225	2.115	23.861

Le COT D, attivate a decorrere dal 31.12.2023, rappresentano un anello determinante nel processo di presa in carico del paziente a livello territoriale.

Come evidenziato nella tabella, anche nel corso del 2025 si conferma un andamento complessivamente sostenuto delle prese in carico, con un totale annuo pari a 2.881 attività registrate dalle Centrali Operative Territoriali della ASL Roma 3.

L'analisi dei dati evidenzia una maggiore concentrazione di attività nei Distretti X e XI, che presentano i volumi più elevati di presa in carico territoriale, mentre il Distretto di Fiumicino mantiene volumi più contenuti ma costanti nel corso dell'anno.

Dopo una lieve flessione registrata nei mesi estivi, l'attività ha mostrato una ripresa nel periodo autunnale, confermando il progressivo consolidamento operativo delle COT all'interno della rete assistenziale territoriale.

Tali strutture, a totale gestione infermieristica, consentono di governare in maniera coordinata i cambi di setting assistenziale, garantendo continuità della presa in carico del paziente e integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociosanitari del territorio.

Nel corso del 2025 sono state inoltre attivate le COT A, in coerenza con gli obiettivi regionali e con le azioni previste dalla Missione 6 del PNRR. Tra le principali attività previste rientra l'attivazione delle liste uniche di attesa per i setting Hospice e RSA, nonché la definizione di un cronoprogramma finalizzato all'estensione delle liste uniche anche ai setting assistenziali extraospedalieri relativi alla salute mentale, sia per la popolazione adulta sia per quella minorile.

**SALUTE MENTALE**

Di seguito sono elencate le strutture, a gestione diretta, afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, e il confronto tra i due anni:

Salute Mentale Adulti				
Attività Ambulatoriale/Domiciliare Distrettuale				
CSM Comune Fiumicino - L.go Spinarello				
CSM X Municipio - Ostia Acilia				
CSM XI Municipio - Via Portuense				
CSM XII Municipio - Via Giovagnoli/Colautti				
Attività Ambulatoriale/Domiciliare Dipartimentale				
AMBULATORIO DCA "Casa di Alice" Via Colautti				
AMBULATORIO UOSD Interventi Precoci " Via Colautti"				
Attività Semi-Residenziale Distrettuale				
Centro Diurno Comune Fiumicino				
Centro Diurno X Municipio "Tagaste"				
Centro Diurno XI Municipio "Portuense"				
Centro Diurno XI Municipio ad Indirizzo Sportivo "Sport"				
Centro Diurno XII Municipio Riabilitativo "Monteverde"				
Centro Diurno XII Municipio Semiresidenziale "Giovagnoli"				
"Day-Center" Catacombe di Generosa				
Attività Residenziale h/24 Dipartimentale		PP. LL.	2024	2025
Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa ad Alta Intensità XI Mun. "Corviale"			10	10
Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa estensiva XII Mun. "Catacombe di Generosa"			16	16
Attività Ospedaliera Dipartimentale		PP.LL.	2024	2024
Degenza Ordinaria				
SPDC c/o ASO S. Camillo – Forlanini			15*	15*
SPDC c/o H. G.B. Grassi Degenza			16	16
Day-Hospital				
SPDC c/o PO G.B. Grassi Day-Hospital			2	2
SPDC c/o ASO S. Camillo – Forlanini			4	4
Salute Mentale Età Evolutiva				
Attività Ambulatoriale/Domiciliare Distrettuale				
TSMREE Comune di Fiumicino				
TSMREE X Municipio Comune di Roma Ostia				
TSMREE X Municipio Comune di Roma Acilia				
TSMREE XI Municipio Comune di Roma Via Vaiano				
TSMREE XII Municipio Comune di Roma Via Colautti				
TSMREE Sanità Penitenziaria Minori Via V. Agnelli XII Municipio Comune di Roma				

NOTA * Fonte dati NSIS - 2019 HSP 12 a cura di ASO San Camillo

Nella tabella che segue, sono invece descritti i dati di produzione

		2024	2025
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Adulti			
	Prestazioni	75.221	72.439
	Utenti Trattati	6.191	6.759
Attività Ambulatoriale SM Minori/Adulti DCA Casa di Alice			
	Prestazioni	3.239	3.170
	Utenti Trattati	192	197
Attività Semi-Residenziale SM Adulti			
	Accessi	11.944	12.480
	Utenti Inseriti	342	318
Attività Residenziale SM Adulti (Gestione Diretta)			
	Accessi	9.259	9.815
	Utenti Inseriti	37	34
Attività Ambulatoriale/Domiciliare SM Età Evolutiva TSMREE			
	Prestazioni	45.662	57.450
	Utenti Trattati	7.210	7.739
Attività Ospedaliera			
	Ricoveri Ordinari SPDC Grassi	390	467
	Ricoveri DH SPDC Grassi	76	106
	Ricoveri Ordinari SPDC San Camillo	383	390
	Ricoveri DH SPDC San Camillo	37	33

Fonte Dati Sistema DISAMWEB a cura di Assistenza Outcomeresearch.

PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione concorre all'obiettivo primario di tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro riconducibili ai LEA.

Il Dipartimento ha il compito di promuovere, coordinare e uniformare gli interventi di educazione e promozione della salute. Le linee di attività sono:

- Promozione della salute e degli stili di vita;
- Tutela della salute pubblica;
- Vaccinazioni età evolutiva e adulti;
- Tutela della salute negli ambienti di lavoro;
- Tutela e controllo della filiera di produzione degli alimenti sia ad uso animale che umano;
- Tutela della nutrizione umana;
- Tutela della salute animale negli allevamenti, nelle produzioni zootecniche e degli animali domestici;
- Medicina dello sport.

Stante il carattere sintetico della presente relazione, si è preferito selezionare solo alcuni dati di produzione del Dipartimento di Prevenzione quali quelli inerenti alle vaccinazioni e allo screening oncologico. Di seguito si riportano i dati relativi alle attività svolte dalla UOS Immunoprofilassi, relativamente alle attività vaccinali:



LINEE DI ATTIVITÀ		UOC SISP_UOS IMMUNOPROFILASSI									
Prestazione	Descrizione prestazione	Fiumicino		Municipio X		Municipio XI		Municipio XII		Totale	
Anno di riferimento		2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate	Numero utenti vaccinati	6.613	10.359	14.408	23.927	10.177	16.596	5.555	5.566	36.753	56.448
	Numero dosi somministrate	19.105	21.026	37.566	45.659	25.068	30.063	13.411	11.046	95.268	107.794
	Di cui dosi di vaccino MPR-MPRV	1.648	1.662	3.203	3.241	2.181	2.448	1.153	884	8.185	8.235
	Di cui dosi vaccino HPV	2.165	2.581	5.072	5.940	3.978	5.359	1.851	1.681	13.066	15.561
Campagna antiinfluenzale	Numero dei vaccinati nei centri vaccinali	659	1.162	1.520	2.687	872	1.391	71	115	3.122	5.355
Campagna antipneumococcica	Vaccinazioni anti-pneumococco 13-15-20-23	2.525	2.549	4.322	4.590	2.890	3.053	1.816	1.342	11.553	11.534
Campagna anti Covid	Vaccinazioni Covid	0	404	632	1215	467	355	0	8	1.099	1.982
Interventi sanitari su comunità chiuse	Numero dosi somministrate	0	0	0	0	0	0	0	0	101	101
Intradermoreazione di Mantoux	somministrate	0	0	3	1	6	1	0	3	9	5
Registrazioni vaccinazioni da altre regioni	Numero vaccinazioni registrate	111	116	295	180	260	104	64	47	730	447

Tra le attività più significative del Dipartimento di prevenzione di riepilogo di seguito l'attività ispettiva e di controllo:

Struttura	Descrizione attività	2022	2023	2024	2025
SIAOA	Aziende oggetto di ispezione	943	1.444	1.411	1.818
SPRESAL	Aziende oggetto di ispezione	557	335	375	431
SPRESAL	Aziende bonificatrici di amianto che hanno inviato i piani oggetto di controllo		118	98	81
SPRESAL	Aziende oggetto di sopralluogo per espressioni di pareri		80	68	80
SPRESAL	Aziende con controlli documentati in vigilanza senza sopralluogo		226	251	455
SPRESAL	Aziende controllate per ricorsi avverso il giudizio del medico competente		55	70	53
SPRESAL	Aziende coinvolte in iniziative di assistenza programmata e strutturata		55	58	25
SIAN	Aziende oggetto di ispezione	559	555	463	643
SAIAPZ	Prevenzione focolai di malattie infettive	131	354	421	255
SAIAPZ	Controlli sulla sicurezza alimentare, produzione e vendita di latte crudo 1e uova, Piano benessere animale e farmacovigilanza	171			186
CANILE ZONALE	Controlli su animali ricoverati	1.643	1.567	1.643	1.300
CANILE ZONALE	Cani sterilizzati	730	715	659	590
CANILE ZONALE	Cani riscattati dai proprietari	559	482	460	402
SISP	Controlli su istanze presentate da Regione	85	115	136	93
TOTALE		7.400	8.124	8.137	8.437

Si procede quindi ad osservare i dati sull'attività di screening oncologico, confrontati con la media regionale:
Si riportano di seguito i dati relativi al confronto 2024 e 2025 degli screening oncologici:

Screening Mammografico

ANNO	2024	2025
Popolazione target annua	47.910	48.805
Donne invitate totali (grezze +spontanee)	59.497	58.595
Donne coinvolte (al netto delle escluse)	43.835	47.559
Estensione****	117,38%	120%
Donne rispondenti totali:	19.982	21.664
Adesione*****	45,6%	45,6%
Donne inviate al 2° livello	2.168	2.509

Screening Citologico

ANNO	2024	2025
Popolazione target annua	35.000	34.870
Totale invitate (coinvolte)	36.375	34.995
Donne coinvolte (al netto delle escluse)	30.905	29.301
Estensione ****	103,9%	100,3%
Donne rispondenti totali di cui:	9.528	9.498
Adesione *****	30,82%	32,4%
Pap test totali + HPV test	9.528	9.498
Pap test inadeguati	94	131
Donne inviate al 2° livello	2.459	2.804

Screening del Colon-retto

ANNO	2024	2025
Popolazione target annua	105.561	107.336
Popolazione maschile grezza	49.619	50.538
Popolazione femminile grezza	55.942	56.798
Totale invitati (coinvolti)	124.707	119.088
Coinvolti***	91.372	103.000
Estensione****	118,13%	110,1%
Rispondenti totali:	24.306	25.313
Adesione*****	26,6%	24,6%
Inviati al 2° livello	1.229	1.438

Al riguardo e a commento dei dati già indicati si sottolinea il vantaggio sui primi livelli ottenuto, anche per l'anno 2025, con la pubblicità che questa Azienda ha fatto agli screening, con le giornate di open day, con locandine informative, con gli incontri divulgativi dedicati all'utenza, con il coinvolgimento dei media. L'auspicio per il futuro è quello di riuscire a rendere i MMG, attraverso azioni mirate, partner sempre più attivi nelle indicazioni da fornire agli utenti, in merito all'importanza di aderire agli screening.

Per quanto riguarda lo screening del Tumore del colon-retto occorre sottolineare come la collaborazione con le farmacie, iniziata nel settembre dell'anno 2024 ha incrementato l'adesione allo screening menzionato al primo livello e questo, comporta, di conseguenza, anche un aumento dei controlli di secondo livello.

Anno 2025

Tabella 2a– Indicatori organizzativi, numero di inviti, test erogati, test positivi per lo screening mammografico.

ASL	Soggetti invitati	Soggetti Rispondenti			Positivi al test di I livello		Estensione Inviti (%)	Adesione corretta (%)	Copertura Esami (%)	Tasso positività	
		Totali	I esami	Esami successivi	I esami	Esami successivi				I esami	Esami successivi
RM 3	47.920	19.978	3.215	16.763	454	793	91,53	52,46	43,59	14,1	4,7
Lazio	450.758	183.786	41.424	142.362	10.025	12.024	103,26	45,18	42,68	24,2	8,4
Livelli attesi							>=90%	>=50%	>=35% >=59%	8-12%	3-8%

Tabella 2b –. Indicatori organizzativi, numero di inviti, test erogati, test positivi per lo screening citologico.

ASL	Soggetti invitati	Soggetti Rispondenti			Positivi al test di I livello			Estensione Inviti (%)	Adesione Corretta (%)	Copertura Esami (%)	Tasso positività		
		Totali	PAP test primario	HPV primario	PAP test primario	HPV positivo	PAP positivo su HPV positivo				PAP test primario	HPV primario	Triage positivo da HPV +
RM 2	87.061	23.462	2.913	20.549	202	2.219	436	116,97	27,65	33,53	6,93	10,80	19,65
Lazio	362.536	102.665	10.267	92.398	699	9.923	3.075	108,41	29,06	32,99	6,81	10,74	30,99
Livelli attesi								>=90%	>=40%	>=25% >=49%	4-8%	8-11%	25-35%

Tabella 2c –. Indicatori organizzativi, numero di inviti, test erogati, test positivi per lo screening del colon retto

Di seguito si riportano i dati relativi al raggiungimento dei Lea nell'indicatore relativo agli screening oncologici delle Aziende della Regione Lazio:

Tabella 2e – coorte 2025. Copertura programmi di screening e punteggio indicatore P15C calcolato secondo le specifiche NSG

ASL	Copertura corretta 2025			Punteggio NSG 2025			
	Mammografico (50-69aa)	Cervice	Colon Retto (50-69aa)	Mammografico	Cervice	Colon Retto	Totale
RM 1	39,15	34,76	25,63	66,63	75,61	61,00	67,75
RM 2	37,95	33,53	22,87	64,71	73,65	51,48	63,28
RM 3	43,59	30,04	28,13	73,74	68,07	65,02	68,94
RM 4	54,24	35,93	37,28	90,78	77,48	79,64	82,64
RM 5	44,16	39,31	23,12	74,65	82,90	52,47	70,01
RM 6	39,91	20,64	19,06	67,86	42,57	36,23	48,89
VT	52,90	36,48	31,17	88,63	78,36	69,87	78,96
RI	58,25	42,95	25,97	97,20	88,72	61,55	82,49
LT	41,35	37,02	32,98	70,16	79,23	72,76	74,05
FR	45,30	27,82	30,01	76,47	64,51	68,02	69,67
Lazio	42,68	32,99	26,48	72,29	72,79	62,38	69,15
Standard	Min: >=35 Ott: >=60	Min: >=25 Ott: >=50	Min: >=25 Ott: >=50	Minimo >=60 Ottimale >=100			

Tabella 2e – coorte 2024. Copertura programmi di screening e punteggio indicatore P15C calcolato secondo le specifiche NSG

ASL	Copertura corretta			Punteggio NSG			
	Mammografico (50-69aa)	Cervice	Colon Retto (50-69aa)	Mammografico	Cervice	Colon Retto	Totale
RM 1	28,86	32,43	20,30	45,26	71,88	41,20	52,78
RM 2	40,96	40,87	21,44	69,54	85,39	45,78	66,90
RM 3	44,91	29,43	25,09	75,86	67,08	60,14	67,69
RM 4	55,18	52,39	36,23	92,29	100,00	77,97	90,08
RM 5	43,98	38,60	22,00	74,37	81,77	48,00	68,05
RM 6	52,84	33,43	27,00	88,54	73,49	63,19	75,07
VT	45,24	52,23	32,86	76,39	100,00	72,57	82,99
RI	59,68	52,87	25,38	99,50	100,00	60,60	86,70
LT	40,15	40,25	27,45	68,24	84,39	63,92	72,18
FR	43,81	31,25	29,76	74,10	70,00	67,62	70,57
Lazio	42,28	37,93	25,07	71,65	80,69	60,11	70,82
Standard	Min: >=35 Ott: >=60	Min: >=25 Ott: >=50	Min: >=25 Ott: >=50	Minimo >=60 Ottimale >=100			

Come si evince dalla tabella, l'Azienda supera il punteggio minimo atteso in tutti gli screening, un aumento del punteggio rispetto all'anno 2024.

RISORSE UMANE E DISTRIBUZIONE DI GENERE

I dipendenti che lavorano per l'Azienda costituiscono la principale risorsa della stessa.

L'Azienda è orientata alla definizione di un contesto che miri a valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori.

Allo stesso tempo, l'Azienda chiede il rispetto dei codici deontologici di categoria come contributo pieno e responsabile degli aspetti etici connessi al proprio ruolo e con l'impegno costante nel perseguimento della missione aziendale.

L'Azienda vigila, inoltre, sul rispetto da parte dei suoi operatori del codice etico-comportamentale e dei codici disciplinari.

La tabella seguente presenta la situazione del personale dipendente alla data del 31/12/2025. compresi i comandati in entrata ed esclusi quelli in uscita, suddiviso per ruolo e per genere:

Il personale convenzionato titolare di incarico ammonta (alla data del 31/12/2025) a n. 180 unità.

Personale in servizio al 31/12/2025				
Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo
COMPARTO	Ruolo Amministrativo	172	80	252
	Ruolo Professionale	0	0	0
	Ruolo Sanitario	978	320	1.298
	Ruolo Tecnico	180	119	299
COMPARTO Totale		1330	519	1849

Personale in servizio al 31/12/2025				
Descrizione Dipendente	Personale	donne	uomini	Totale complessivo
DIRIGENZA	Ruolo Amministrativo	8	6	14
	Ruolo Professionale	3	2	5
	Ruolo Sanitario	334	195	529
	Ruolo Tecnico	2	4	6
Dirigenza Totale		347	207	554
Totale complessivo		1677	726	2403

RISULTATI ECONOMICI E GESTIONALI

Vengono illustrati i dati riepilogativi dei bilanci degli ultimi anni del consuntivo 2025 e del bilancio di previsione 2026

Valori da Modello CE in migliaia di euro	Bilancio di Esercizio 2022	Bilancio di Esercizio 2023	Bilancio di Esercizio 2024	Bilancio di Esercizio 2025	Bilancio di Previsione 2026
A-Valore della produzione	1.149.132	1.186.010	1.283.375	1.248.776	1.235.216
B-Costi della produzione	1.144.961	1.187.963	1.278.495	1.270.780	1.222.873
Differenza tra valore e costi della produzione	-4.170	1.952	4.880	-22.004	12.343
C-Proventi e oneri finanziari	-3.829	-403	-332	-153	-1.600
D-Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E-Proventi e oneri straordinari	9.286	81.772	4.947	32.835	0
X-Risultato prima delle imposte	9.627	81.772	10.161	10.677	10.743
Y-Imposte e tasse	9.627	9.787	10.161	10.77	10.743
Z-RISULTATO DI ESERCIZIO	0	71.984	0	0	0

Il Conto Economico si chiude in pareggio.

Il Bilancio di previsione 2026 è approvato con la proposta di pareggio di bilancio

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

La ASL Roma 3 con Deliberazione del Direttore Generale n. 1019 del 30.12.2025 ha adottato il seguente modello organizzativo approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 7 dell'22/01/2026 e pubblicato sul BURL del 27.01.2026.

L'Azienda ispira il proprio modello organizzativo-gestionale a criteri di responsabilizzazione, di delega dei sistemi di gestione, di autonomia e responsabilità professionale degli operatori.

L'attribuzione e la delega espressa di poteri e l'assegnazione di obiettivi rendono possibile il coinvolgimento degli operatori nella gestione aziendale, consentendo la valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati.

L'Azienda applica, in quanto possibile, il principio della separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

La struttura organizzativa dell'Azienda è articolata in unità organizzative di tipo produttivo o di supporto e nel cui ambito aggregano risorse professionali, tecniche e finanziarie ed assicurano, attraverso il governo dei processi e delle attività, il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La struttura organizzativa dell'Azienda è articolata in unità organizzative di tipo produttivo o di supporto nel cui ambito si aggregano risorse professionali, tecniche e finanziarie che assicurano, attraverso il governo dei processi e delle attività, il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le articolazioni, sulla base delle correlate responsabilità tecnico professionali, organizzative e gestionali delle risorse assegnate, possono essere:

Strutture Complesse (UOC)

Strutture semplici a valenza Dipartimentale (UOSD)

Strutture semplici (UOS)

Incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;

Incarichi di funzione.

L'Azienda è strutturata in 18 Dipartimenti/Aree di Coordinamento, 54 Strutture Complesse, 26 Strutture semplici a valenza Dipartimentale e 56 Strutture Semplici.

Il territorio della ASL è caratterizzato da una rete articolata di strutture pubbliche, private accreditate, classificate ed extraterritoriali, che offrono sia assistenza ospedaliera che territoriale.

L'Azienda è articolata in quattro distretti:

Distretto Sanitario Comune di Fiumicino con sede in Via degli Orti, 10 – 00054 Fiumicino (ROMA)

Distretto Sanitario X Municipio con sede in Via Casal Bernocchi, 73 – 00125 ROMA

Distretto Sanitario XI Municipio con sede in Via Giovanni Volpato, 18 – 00146 ROMA

Distretto Sanitario XII Municipio con sede in Via Bernardino Ramazzini, 15 – 00151 ROMA

L'Azienda eroga direttamente assistenza ospedaliera articolando i posti letto nell'ambito di un Presidio Ospedaliero Unico composto da:

Giovan Battista Grassi di Ostia con sede in Via Giancarlo Passeroni, 28 – 00122 ROMA

Centro Paraplegici di Ostia “Gennaro Di Rosa” con sede in Viale Vega, 3 – 00122 ROMA.

L'Azienda adempie altresì alle funzioni istituzionali anche attraverso:

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento integrato di Salute Mentale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e delle dipendenze psicologiche

CICLO DELLA PERFORMANCE, PROCESSO DI BUDGET E RISULTATI

Il Controllo di Gestione ha provveduto a redigere le bozze di schede di budget che successivamente sono state trasmesse via mail ai negoziatori di I Livello al fine di condividerle e concertarle con i rispettivi collaboratori.

Gli obiettivi indicati nelle schede di budget sono stati pesati e concordati con ciascun Negoziatori e con la Direzione Strategica, fermo restando che gli indirizzi contenuti nel Piano Triennale della Performance.

La ASL ROMA 3 ha progettato il proprio albero delle performance che rappresenta i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione. In altri termini dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Agli obiettivi operativi vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La Mission aziendale è suddivisa nei seguenti obiettivi strategici, da cui si declina l'albero delle performance con le relative Aree:

Integrità, Trasparenza, Responsabilità

Motivazione risorse umane

Performance Assistenziale

Programmazione, PAC e Controllo del budget

Promozione miglioramento Continuo utilizzo strumenti di sanità digitale

Gli obiettivi sono altresì riclassificati secondo i seguenti Ambiti:

A Amministrativi

I Integrità

O Assistenza Ospedaliera

P Prevenzione

T Assistenza Territoriale

Gli obiettivi specifici per il triennio individuati dai 5 ambiti sono concettualmente suddivisi in:

Obiettivi di sistema: implementati dalla Regione Lazio ed assegnati ai direttori generali sono obiettivi istituzionali che vengono assegnati ai dipartimenti e concorrono alla valutazione individuale dei dirigenti medici e alla valutazione degli incarichi della dirigenza e del comparto.

Obiettivi generali strategici aziendali che concorrono alla valutazione dei professionisti e dei gruppi:

Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening

Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori

Piano delle cronicità - presa in carico del paziente

Assistenza farmaceutica

Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa

Assistenza domiciliare e Socio-Sanitaria

Salute mentale e dipendenze

Governo dell'emergenza

Area dell'efficacia clinica

Qualità e accreditamento

Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale

Governo delle risorse umane

Gestione economico finanziaria

Gestione tecnica e attuazione PNRR

Approvvigionamenti

Area del contenzioso

Anticorruzione e trasparenza - privacy

Accessibilità ai servizi

ALBERO DELLA PERFORMANCE 2025

L'albero della performance 2025 con gli obiettivi assegnati, comprensivi di indicatori, è presente nella Delibera n. 498 del 18/08/2025 modificata ed integrata dalla Deliberazione n. 872 del 26.11.2025 pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparenza della Asl Roma 3.

RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA per AREA Strategica

La valutazione di raggiungimento degli obbiettivi riporta il seguente schema:

	Sterilizzato		NON Raggiunto	Obiettivo raggiunto		PESO Assegnato totale	PESO Raggiunto totale	% raggiungimento totale
AREA STRATEGICA	PESO Assegnato	PESO Raggiunto	PESO Assegnato	PESO Assegnato	PESO Raggiunto			
Accessibilità ai servizi	10,00	0,00		637,50	636,95	647,50	636,95	98,37%
Anticorruzione e trasparenza - privacy	10,00	0,00	5,00	822,50	820,50	837,50	820,50	97,97%
Approvvigionamenti				160,00	158,00	160,00	158,00	98,75%
Area del contenzioso	10,00	10,00		50,00	42,50	60,00	52,50	87,50%
Area dell'efficacia clinica	5,00	4,86	92,50	1080,00	1072,09	1177,50	1076,95	91,46%
Area dell'efficacia clinica				15,00	14,72	15,00	14,72	98,13%
Assistenza domiciliare e Socio-Sanitaria			85,00	185,00	184,72	270,00	184,72	68,41%
Assistenza farmaceutica			30,00	70,00	70,00	100,00	70,00	70,00%



	Sterilizzato		NON Raggiunto	Obiettivo raggiunto		PESO Assegnato totale	PESO Raggiunto totale	% raggiungimento totale
AREA STRATEGICA	PESO Assegnato	PESO Raggiunto	PESO Assegnato	PESO Assegnato	PESO Raggiunto			
Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali				30,00	29,47	30,00	29,47	98,22%
Dematerializzazione, innovazione, rendicontazione, e-health sanità digitale			50,00	1332,50	1305,96	1382,50	1305,96	94,46%
Gestione economico finanziaria			5,00	524,00	518,09	529,00	518,09	97,94%
Gestione tecnica e attuazione PNRR				71,00	71,00	71,00	71,00	100,00%
Governo dell'emergenza			10,00	135,00	131,37	145,00	131,37	90,60%
Governo delle risorse umane	10,00	0,00	15,00	835,00	836,50	860,00	836,50	97,27%
Piano delle cronicità - presa in carico del paziente	10,00	8,88	15,00	45,00	45,00	70,00	53,88	76,97%
Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening	25,00	22,35		290,00	286,25	315,00	308,60	97,97%



	Sterilizzato		NON Raggiunto	Obiettivo raggiunto		PESO Assegnato totale	PESO Raggiunto totale	% raggiungimento totale
AREA STRATEGICA	PESO Assegnato	PESO Raggiunto	PESO Assegnato	PESO Assegnato	PESO Raggiunto			
Qualità e accreditamento				275,00	275,00	275,00	275,00	100,00%
Salute mentale e dipendenze	10,00	0,00		165,00	160,78	175,00	160,78	91,87%
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori				250,00	245,00	250,00	245,00	98,00%
Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa	5,00	4,71	55,00	80,00	85,00	140,00	89,71	64,08%
Specialistica ambulatoriale e liste d'attesa				20,00	20,00	20,00	20,00	100,00%
Servizi Laboratorio analisi				10,00	10,00	10,00	10,00	100,00%
Totale complessivo	95,00	50,80	362,50	7.082,50	7.018,89	7.540,00	7.069,69	93,76%

Su un totale dei 7.540 punti assegnati, ne sono stati raggiunti 7.070 con una percentuale di raggiungimento dell'93,76%.

I punti sterilizzati dalla Direzione Strategica sulla base delle oggettive difficoltà di raggiungimento sono 50,80 su 95 totali.

La traduzione delle percentuali di raggiungimento in punti, determina il risultato per singola struttura negoziatrice, come rappresentato nella seguente tabella:

MISURE ANTICORRUZIONE

Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda ha perseguito, nell'ambito del ciclo della performance, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, in coerenza con quanto previsto dal PIAO e dalla normativa vigente. In particolare, sono stati assegnati alle strutture aziendali obiettivi finalizzati al rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza amministrativa, monitoraggio dei processi a rischio corruttivo, corretta pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" e attuazione delle misure previste dal Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Nel corso dell'anno si è proceduto ad aggiornare il regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti, formalizzato con del. 66/2026, nonché a predisporre un nuovo piano formativo.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il monitoraggio degli obiettivi è effettuato nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa, con il coinvolgimento delle strutture competenti e della Direzione Strategica, al fine di garantire il miglioramento continuo dei livelli di legalità, trasparenza ed efficacia dell'azione amministrativa. Di seguito la tabella riassuntiva della valutazione finale delle strutture:

DIPARTIMENTO / Area	Struttura	PESO Finale
AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	UOC AMMINISTRATIVA POU	100,00

DIPARTIMENTO / Area	Struttura	PESO Finale
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	100,00
DIP CHIRURGIA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	89,07
DIP CHIRURGIA	UOC CHIRURGIA GENERALE	97,17
DIP CHIRURGIA	UOC OCULISTICA	98,79
DIP CHIRURGIA	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	93,36
DIP CHIRURGIA	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	84,67
DIP CHIRURGIA	UOSD ANESTESIA	85,00
DIP CHIRURGIA	UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	77,56
DIP EMERGENZA	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	98,00
DIP EMERGENZA	UOC CARDIOLOGIA	86,03
DIP EMERGENZA	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	94,44
DIP EMERGENZA	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D EMERGENZA	99,30
DIP EMERGENZA	UOSD RIANIMAZIONE	96,06
DIP MEDICINA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA	89,60
DIP MEDICINA	UOC MEDICINA	88,52
DIP MEDICINA	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	89,30
DIP MEDICINA	UOC PEDIATRIA	87,54
DIP MEDICINA	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	98,44
DIP MEDICINA	UOSD GASTROENTEROLOGIA	100,00
DIP MEDICINA	UOSD NEONATOLOGIA	89,78
DIP MEDICINA	UOSD ONCOLOGIA	91,50
DIP SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE DIPENDENZE	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	95,78
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	100,00

DIPARTIMENTO / Area	Struttura	PESO Finale
DIP SALUTE MENTALE	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - GRASSI E SAN CAMILLO	88,06
DIP SALUTE MENTALE	UOSD PREVENZIONE ED INT. PRECOCI IN SALUTE MENTALE	0,00
DIP SALUTE MENTALE	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	100,00
DIP SERVIZI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	89,70
DIP SERVIZI	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	99,70
DIP SERVIZI	UOC FARMACIA TERRITORIALE	84,70
DIP SERVIZI	UOC LABORATORIO ANALISI	100,00
DIP SERVIZI	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	100,00
DIP SERVIZI	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	95,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC APPROVIGIONAMENTI	98,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC RISORSE UMANE	85,71
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC SISTEMI ICT	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOSD AFFARI GENERALI	96,00
DIP.CURE PRIMARIE	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	80,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	82,35
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	70,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	70,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	75,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	80,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC MEDICINA LEGALE	82,50

DIPARTIMENTO / Area	Struttura	PESO Finale
DIP.CURE PRIMARIE	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	100,00
DIP.PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	98,75
DIP.PREVENZIONE	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	99,47
DIP.PREVENZIONE	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	95,00
DIP.PREVENZIONE	UOSD CANILE SOVRAZIONALE	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	96,25
DIP.PROF.SANITARIE	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	100,00
STAFF DG	RPCT	100,00
STAFF DG	UFFICIO LEGALE	100,00
STAFF DG	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	88,88
STAFF DG	UOS COMUNICAZIONE	100,00
STAFF DG	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	100,00
STAFF DS	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	100,00

DIPARTIMENTO / Area	Struttura	PESO Finale
STAFF DS	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	96,00
STAFF DS	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	100,00
STAFF DS	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	100,00
STAFF DS	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	90,00

Di seguito le valutazioni con una breve sintesi suddivisa per Dipartimenti

DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE E DELLA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Struttura	% Raggiungimento
Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio-Sanitaria	80,00
Uoc Distretto Comune Di Fiumicino	70
Uoc Distretto X Municipio	70
Uoc Distretto XI Municipio	75,00
Uoc Distretto XII Municipio	80,00
Uoc Medicina Legale	82,50
Uoc Cure Primarie E Tutela Salute Della Coppia	82,35
Uosd Riabilitazione Territoriale E Assistenza Protesica	100

Il Dipartimento per le Cure Primarie e dell'integrazione sociosanitaria garantisce il governo clinico del sistema di produzione soprattutto distrettuale per quanto concerne i servizi di assistenza primaria, organizzando la filiera dei servizi assistenziali intorno ai bisogni della persona, perseguendo l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e l'uso razionale delle risorse assegnate.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- Corretto monitoraggio della committenza (ADI – RSA – Hospice – DSM – Art. 26)
- Convocazione commissioni CAPI (n. 11) e analisi attività prescrittiva con Direzioni Sanitarie
- Monitoraggio scelte prescrittive e appropriatezza
- Rispetto tempi di attesa per prestazioni brevi e programmate
- Monitoraggio agende, slot, orari ambulatori e attrezzature
- Attuazione azioni correttive su criticità rilevate
- Apposizione “flag eseguiti” con riconoscimento produzione > 98,5%
- Monitoraggio coordinatori di branca con report trimestrali

- Monitoraggio tempi: richiesta , autorizzazione ,ordine
- Analisi distrettuale e per erogatore
- Monitoraggio riuso e riassegnazione presidi
- Report trimestrali su costi, tipologie e volumi
- Progetti di peer education nelle scuole (cyberbullismo, violenza, affettività)
- Interventi su scuole medie e superiori con équipe consultoriali
- Relazioni trimestrali attività consultori
- Riduzione disuguaglianze accesso screening CSM/DSM
- Esecuzione PAP TEST e screening di primo livello secondo volumi negoziati
- Incremento arruolamento pazienti nei PDTA
- Monitoraggio continuità assistenziale e presa in carico
- Monitoraggio agende, slot, occupazione ambulatori e attrezzature
- Attuazione indicazioni UOC Cure Primarie
- Monitoraggio utilizzo presidi territoriali e attrezzature elettromedicali
- Rispetto tetto di spesa assegnato da bilancio
- Miglioramento rapporto costo personale dirigente / produzione
- Apposizione flag eseguiti per riconoscimento produzione
- Supporto dashboard contabilità analitica PNRR (INFRAM / ENFRAM)
- Adempimenti trasparenza, rischio corruttivo e contrattualistica
- Rispetto tempi di liquidazione fatture e certificazioni
- Rispetto scadenze difesa aziendale
- Monitoraggio performance individuale secondo linee guida aziendali
- Incremento e diversificazione accesso ai servizi per l'utenza

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti raggiunti si evidenziano:

L'aumento della copertura dell'ADI per la popolazione anziana non autosufficiente ha raggiunto i target previsti, sia in termini di numero di pazienti presi in carico sia rispetto agli indicatori di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2 e CIA 3), contribuendo in modo significativo anche al raggiungimento degli obiettivi regionali.

E' stata predisposta e formalizzata una procedura aziendale standardizzata per la gestione dell'ADI, comprensiva delle fasi di attivazione, scelta del contraente, monitoraggio dei tempi e valutazione delle prestazioni rese, validata dalla Direzione Strategica.

Sulle strutture territoriali (ADI, Art. 26, RSA, Hospice, DSM), con trasmissione delle verifiche di conformità e rafforzamento dei controlli amministrativi e sanitari.

Significativo miglioramento dei tempi di autorizzazione e consegna degli ausili, riduzione dei tempi medi rispetto al 2024, incremento delle attività di riutilizzo dei presidi e rispetto delle linee regionali in materia di autorizzazione e gestione della spesa protesica.

I volumi di produzione negoziati per gli screening di primo livello (in particolare PAP test) sono stati complessivamente raggiunti, pur in un contesto di cambiamento degli algoritmi regionali di screening (introduzione test HPV), che ha inciso sulla numerosità delle prestazioni.

Incremento del numero di percorsi attivati e dei pazienti presi in carico, con monitoraggio periodico e rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio.

Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione e monitoraggio costante dell'andamento economico.

Permangono tuttavia criticità rilevanti su alcuni obiettivi, già emerse negli anni precedenti e solo parzialmente superate:

L'obiettivo di produzione riconosciuta $\geq 98,5\%$ non è stato pienamente raggiunto in modo uniforme. Persistono difficoltà nell'apposizione tempestiva del flag sugli eseguiti, soprattutto da parte di alcuni specialisti ambulatoriali convenzionati, nonostante i ripetuti solleciti e il supporto operativo fornito. L'impossibilità di recuperare le prestazioni oltre il termine previsto e la mancata tempestiva trasmissione delle comunicazioni regionali hanno inciso negativamente sul risultato complessivo.

Il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni brevi e programmate non è stato conseguito pienamente. Le percentuali di erogazione nei tempi previsti risultano inferiori ai target, soprattutto per alcune branche specialistiche. Le principali cause sono riconducibili alla carenza di medici specialisti, alle riduzioni orarie, ai pensionamenti non ancora compensati e alla difficoltà di reperire sostituzioni nei periodi di assenza del personale.

Sebbene siano state attuate le indicazioni richieste in tema di agende, slot, orari di apertura e utilizzo delle attrezzature, la frammentazione delle competenze e la mancanza di dati tempestivi e completi non hanno consentito un pieno governo del processo e un miglioramento strutturale degli esiti sulle liste di attesa.

Nel complesso, le valutazioni finali restituiscono un livello di raggiungimento degli obiettivi generalmente positivo, con risultati particolarmente significativi nelle aree dell'assistenza domiciliare, della prevenzione, del governo della spesa, della committenza e dell'assistenza protesica.

Restano tuttavia criticità strutturali sui temi del riconoscimento della produzione ambulatoriale e del rispetto dei tempi di attesa, fortemente condizionate da fattori organizzativi e di contesto non completamente governabili a livello dipartimentale.

Il Dipartimento ha comunque garantito un costante presidio dei processi, l'attuazione delle azioni correttive possibili e il supporto alle strutture afferenti, ponendo le basi per un ulteriore miglioramento nel ciclo di performance successivo.

AREA AMMINISTRATIVA DECENTRATA

Struttura	% Raggiungimento
AREA ATTIVITA' AMMINISTRATIVA DECENTRATA	100%
UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	100%
UOC AMMINISTRATIVA POU	100 %

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- Garanzia di accessibilità ai servizi amministrativi;
- Aggiornamento e chiarezza delle informazioni rese all'utenza;
- Miglioramento della fruibilità dei servizi amministrativi decentrati;
- Assolvimento degli adempimenti previsti dalla normativa e dalle linee guida ANAC;
- Rafforzamento dei processi di dematerializzazione amministrativa;
- Utilizzo degli strumenti di e-health e sanità digitale;
- Supporto ai sistemi di rendicontazione e ai flussi informativi digitali;
- Presidio dei processi di gestione economico-finanziaria;
- Rispetto dei tetti di spesa assegnati dal bilancio di previsione;
- Corretta gestione degli adempimenti contabili;
- Supporto alla gestione amministrativa del personale;
- Presidio dei processi di organizzazione e gestione delle risorse umane;
- Gestione delle procedure di approvvigionamento;
- Supporto amministrativo alle attività sanitarie e socio-sanitarie;
- Presidio dei processi amministrativi di supporto all'assistenza territoriale e ospedaliera;
- Supporto amministrativo ai percorsi di assistenza domiciliare;
- Integrazione con i processi socio-sanitari territoriali;
- Presidio amministrativo dei flussi correlati all'ADI;
- Supporto ai processi di qualità amministrativa;
- Contributo alle attività di accreditamento e verifica;
- Allineamento ai requisiti organizzativi e procedurali aziendali;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti raggiunti si evidenziano:

È stata garantita la accessibilità ai servizi amministrativi, attraverso il costante aggiornamento del sito aziendale e il raccordo continuo con l'URP, assicurando la chiarezza e la completezza delle informazioni rese all'utenza in relazione alle attività amministrative, ai servizi territoriali e ai percorsi di presa in carico, nonché mediante la predisposizione di avvisi informativi in occasione di eventi straordinari.

Sono stati pienamente assolti gli adempimenti previsti dalla normativa e dalle linee guida ANAC, con l'aggiornamento delle sezioni del sito aziendale dedicate alla trasparenza, in particolare con riferimento alle provvidenze economiche e agli atti di concessione, come riscontrato dalle strutture competenti. È stato rafforzato il processo di dematerializzazione amministrativa e utilizzo degli strumenti di e-health e sanità digitale, attraverso la ricognizione e la razionalizzazione delle stampanti locali in collaborazione con la UOC ICT e la messa a regime del sistema documentale ShareDoc, a seguito della formazione del personale e della diffusione delle linee guida operative.

È stato assicurato il presidio dei processi di gestione economico-finanziaria, con il rispetto dei tetti di spesa assegnati dal bilancio di previsione e la corretta gestione degli adempimenti contabili, mediante l'adozione delle deliberazioni di presa d'atto dei Bilanci Economici di Previsione 2025 e delle relative sub-autorizzazioni di spesa per le unità operative afferenti.

È stato garantito il supporto alla gestione amministrativa del personale e il presidio dei processi di organizzazione e gestione delle risorse umane, assicurando la continuità delle attività amministrative a supporto delle strutture territoriali e ospedaliere.

Sono state correttamente gestite le procedure di approvvigionamento, nonché assicurato il supporto amministrativo alle attività sanitarie e socio-sanitarie, con particolare riferimento ai processi di assistenza territoriale e ospedaliera. È stato assicurato il supporto amministrativo ai percorsi di assistenza domiciliare, attraverso il presidio dei flussi correlati all'ADI, l'integrazione con i processi socio-sanitari territoriali e la predisposizione della proposta di procedura per la corretta gestione del processo di governo dell'assistenza domiciliare.

È stato garantito il supporto ai processi di qualità amministrativa, il contributo alle attività di accreditamento e verifica e l'allineamento ai requisiti organizzativi e procedurali aziendali.

Nel complesso, le valutazioni finali restituiscono un livello di raggiungimento degli obiettivi pienamente soddisfacente, in coerenza con quanto previsto dal prospetto degli obiettivi assegnati, con risultati significativi in tutte le aree di intervento dell'Area Attività Amministrative Decentrate.

L'Area ha assicurato un presidio costante e operativo dei processi amministrativi, garantendo continuità, supporto alle attività sanitarie e territoriali e allineamento agli indirizzi organizzativi aziendali, ponendo le basi per il consolidamento delle azioni nel ciclo di performance successivo.

DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DEI FATTORI PRODUTTIVI	95
UOC APPROVIGIONAMENTI	98
UOC RISORSE UMANE	85,71
UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	100
UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	100
UOSD AFFARI GENERALI	96
UOC SISTEMI ICT	100

Il Dipartimento per l'amministrazione dei Fattori Produttivi coordina e razionalizza le attività dei Servizi Amministrativi, perseguendo altresì obiettivi di miglioramento dell'attività amministrativa complessiva aziendale, nell'ottica dell'efficienza, efficacia e semplificazione dell'azione amministrativa e gestionale.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- Evitare proroghe e ritardi nel rinnovo degli affidamenti ICT;
- Predisposizione e monitoraggio del Piano Gare 2024–2025;
- Predisposizione della delibera di approvazione del Piano Gare 2026–2027 con cronoprogramma;
- Monitoraggio dell'attuazione del Piano Gare;
- Sottoscrizione tempestiva dei contratti post-aggiudicazione;
- Attuazione operativa del Nuovo Codice degli Appalti;
- Predisposizione di un Albo aziendale per RUP e DEC Formazione continua (peer to peer) per RUP e DEC;
- Redazione di relazioni trimestrali sull'attuazione del Codice;
- Adozione dello strumento documentale aziendale (ShareDoc) per PEC e flussi di firma;
- Chiusura del vecchio sito intranet e aggiornamento del nuovo;
- Facilitazione all'utilizzo degli strumenti Office 365;
- Riduzione del numero di stampanti locali e monitoraggio dei consumabili;
- Supporto agli investimenti PNRR;
- Supporto alle dashboard di contabilità analitica e certificazioni INFRAM / ENFRAM
- Migrazione dei servizi ICT “critici” al Polo Strategico Nazionale;
- Attuazione del cronoprogramma regionale per il Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione;
- Assegnazione e monitoraggio dei tetti di spesa ai negoziatori;

- Monitoraggio e attuazione dei PAC;
- Rispetto delle tempistiche regionali per: CE trimestrali, Bilancio Economico, Concordamento, Bilancio di Esercizio;
- Monitoraggio dei tempi di liquidazione delle fatture;
- Gestione delle modalità di pagamento PagoPA (vaccinazioni non obbligatorie);
- Rispetto dell'attuazione del Piano Investimenti;
- Allineamento mensile dei dati su piattaforma REGIS;
- Rendicontazione su piattaforma REGIS e piattaforma regionale;
- Rispetto degli adempimenti finanziari ex art. 20 L. 67/88;
- Aggiornamento e mantenimento della segnaletica interna dei presidi;
- Controllo della spesa del personale e rispetto dei valori di bilancio;
- Analisi trimestrale delle cessazioni, trasferimenti e comandi in uscita;
- Monitoraggio dei tempi di reclutamento e utilizzo delle graduatorie;
- Monitoraggio delle sopravvenienze passive entro i limiti assegnati;
- Gestione degli adempimenti contabili relativi ai debiti verso il personale;
- Acquisizione di almeno 10 badge formativi per il personale amministrativo di categoria D
- Adempimenti in materia di: Anticorruzione, Trasparenza, Rischio corruttivo, Contrattualistica
- Qualità e tempestività dei flussi informativi (es. dispositivi medici);
- Trasparenza e accessibilità dei servizi: aggiornamento del sito aziendale, chiarezza delle modalità di accesso ai servizi, decoro e aggiornamento delle informazioni nei luoghi aperti al pubblico.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti raggiunti si evidenziano:

La programmazione e la gestione delle gare e degli affidamenti hanno garantito il contenimento del ricorso alle proroghe, con l'approvazione del Piano Gare 2026–2027 nei tempi previsti e il rafforzamento delle attività di monitoraggio sull'esecuzione degli affidamenti.

È stata attuata l'applicazione del Nuovo Codice degli Appalti attraverso la predisposizione e l'adozione del regolamento per l'istituzione dell'Albo aziendale dei RUP e DEC, accompagnata da attività formative e di supporto alle strutture coinvolte.

È stato completato il processo di digitalizzazione dei flussi documentali amministrativi mediante l'adozione dello strumento documentale aziendale per la gestione delle PEC e del processo di firma digitale, nonché la chiusura del vecchio sito intranet e l'avvio del nuovo ambiente digitale aziendale.

È stato garantito il rispetto del cronoprogramma degli investimenti finanziati, inclusi quelli relativi al PNRR, con avanzamento regolare delle attività, corretta rendicontazione sulle piattaforme dedicate e allineamento dei dati procedurali, fisici e finanziari.

È stato assicurato il rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione, unitamente al monitoraggio costante dell'andamento economico-finanziario e al rispetto delle tempistiche regionali per gli adempimenti di bilancio.

Sono stati assolti gli adempimenti in materia di anticorruzione, trasparenza e legalità, senza rilievi da parte degli organismi di controllo, e sono state garantite la trasparenza e l'accessibilità delle informazioni all'utenza.

Permangono tuttavia criticità rilevanti su alcuni obiettivi, già emerse negli anni precedenti e solo parzialmente superate:

L'obiettivo relativo alla performance individuale non è stato raggiunto in modo pienamente uniforme, anche in relazione a modifiche regolamentari intervenute in corso d'anno e alla complessità dei processi di condivisione e valutazione.

Il Progetto Syllabus, pur avendo registrato un numero complessivamente elevato di badge conseguiti, non risulta pienamente raggiunto in maniera omogenea, a causa di carichi di lavoro straordinari connessi in particolare alle attività di digitalizzazione e PNRR.

Alcune attività dell'area Risorse Umane hanno subito rallentamenti, determinati dalla priorità attribuita ad adempimenti straordinari richiesti a livello regionale, quali il passaggio al ruolo unico dell'assistenza primaria e l'attivazione delle Case della Comunità.

Si registrano inoltre limitati ritardi puntuali nei rinnovi di affidamenti ICT, prevalentemente riconducibili a fattori esterni e a dipendenze da progettualità regionali e nazionali, non completamente governabili a livello dipartimentale.

Nel complesso, le valutazioni finali restituiscono un livello di raggiungimento degli obiettivi generalmente positivo, con risultati particolarmente significativi nelle aree della programmazione, della digitalizzazione, del governo della spesa e della gestione degli investimenti.

Restano tuttavia criticità strutturali sui temi della performance individuale, della formazione e di alcune attività di area Risorse Umane, fortemente condizionate da fattori organizzativi e di contesto.

Il Dipartimento ha comunque garantito un costante presidio dei processi, l'attuazione delle azioni correttive possibili e il supporto alle strutture afferenti, ponendo le basi per un ulteriore miglioramento nel ciclo di performance successivo.

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	100
UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE RIABILITATIVE E SOCIALI	100
UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO DELLE CURE PRIMARIE	100
UOC SERVIZIO INFERMIERISTICO ED OSTETRICO OSPEDALIERE	100

Il Dipartimento delle Professioni Sanitarie è una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, tecnico sanitario, tecnico della prevenzione e sociale. Tutti i professionisti delle professioni sanitarie afferiscono a questo dipartimento.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- Attivazione entro il 31/12/2025 delle liste uniche di attesa gestite dalle COT A per: RSA, Hospice;
- Definizione del cronoprogramma per l'attivazione delle liste uniche per i setting residenziali extra-ospedalieri dell'Area Salute Mentale (adulti e minori);
- Monitoraggio dei processi gestiti dalle COT, in coerenza con il cronoprogramma PNRR;
- Aumento della copertura dell'assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente;
- Monitoraggio della qualità e quantità delle prestazioni ADI;
- Rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3);
- Miglioramento dell'indicatore D22Z del NSG;
- Esecuzione dei volumi di produzione negoziati relativi agli screening di primo livello (PAP TEST);
- Realizzazione di attività formative sulla gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), nell'ambito degli obiettivi PNRR;
- Attuazione del Piano Azioni Positive;
- Attività formative e di monitoraggio finalizzate al contrasto alla violenza di genere nei luoghi di lavoro;
- Valutazione dell'efficacia delle azioni aziendali in materia di equità;
- Riduzione del numero di stampanti locali;
- Monitoraggio dei consumabili;
- Supporto ai processi di dematerializzazione;
- Rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture;
- Riduzione del numero di fatture liquidate oltre scadenza per ritardi nella certificazione;
- Supporto organizzativo alle strutture delle professioni sanitarie;
- Adempimenti in materia di: anticorruzione, trasparenza, rischio corruttivo, contrattualistica
- Conformità alle linee guida ANAC;
- Aggiornamento delle informazioni sui servizi erogati e sulle modalità di accesso;
- Cura del decoro informativo e della comunicazione nei luoghi accessibili al pubblico;
- Aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti raggiunti si evidenziano:

L'attivazione entro il 31/12/2025 delle liste uniche di attesa gestite dalle COT A per RSA e Hospice, unitamente alla definizione del cronoprogramma per i setting residenziali extra-ospedalieri dell'Area Salute Mentale, ha rappresentato un passaggio rilevante per l'efficientamento dell'offerta e l'integrazione dei percorsi assistenziali.

L'aumento della copertura dell'assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente ha raggiunto i target previsti, sia in termini di numero di pazienti presi in carico sia rispetto al rispetto dei Coefficienti di Intensità Assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3), contribuendo al miglioramento degli indicatori NSG.

È stato garantito il monitoraggio dei processi gestiti dalle COT, in coerenza con il cronoprogramma PNRR, rafforzando il ruolo di coordinamento nei percorsi di continuità assistenziale e di integrazione ospedale-territorio, in particolare nei casi di dimissioni difficili e fragilità sociale.

Sono stati rispettati gli obiettivi in materia di governo amministrativo e finanziario, con il rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture, il rispetto del tetto di spesa assegnato e l'assolvimento degli adempimenti in materia di anticorruzione, trasparenza e legalità.

È stato inoltre garantito l'aggiornamento delle informazioni sui servizi e il miglioramento dell'accessibilità e della trasparenza nei confronti dell'utenza, attraverso il presidio dei contenuti informativi e del decoro comunicativo.

Permangono tuttavia criticità rilevanti su alcuni obiettivi, già emerse negli anni precedenti e solo parzialmente superate:

L'obiettivo relativo alla formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), nell'ambito delle progettualità PNRR, non risulta pienamente raggiunto in tutte le articolazioni dipartimentali, determinando uno scostamento rispetto al risultato atteso.

L'obiettivo di esecuzione dei volumi di produzione negoziati per gli screening di primo livello (PAP test) non è stato conseguito pienamente, anche in relazione ai cambiamenti intervenuti nei programmi regionali di screening e alla complessità organizzativa dei percorsi.

Le attività di gestione delle dimissioni difficili continuano a evidenziare criticità strutturali legate alla disponibilità limitata di posti in RSA, Hospice e strutture di lungodegenza, con conseguente prolungamento delle degenze per motivazioni non cliniche, non completamente governabili a livello dipartimentale.

Nel complesso, le valutazioni finali restituiscono un livello di raggiungimento degli obiettivi generalmente positivo, con risultati particolarmente significativi nelle aree dell'assistenza domiciliare, dell'integrazione dei percorsi assistenziali, del governo dei processi COT e della gestione amministrativo-finanziaria.

Restano tuttavia criticità strutturali sui temi della formazione ICA, degli screening di primo livello e della gestione delle dimissioni complesse, fortemente condizionate da fattori organizzativi e di contesto esterni al Dipartimento.

Il DIPROSAN ha comunque garantito un costante presidio dei processi, l'attuazione delle azioni correttive possibili e il supporto alle strutture afferenti, ponendo le basi per un ulteriore miglioramento nel ciclo di performance successivo.

STAFF DIREZIONE GENERALE

Le funzioni di Staff della Direzione Generale e Direzione Sanitaria garantiscono lo svolgimento delle attività di programmazione, valutazione, e controllo rivolte all'integrazione del governo clinico e di quello economico, secondo le linee strategiche e il coordinamento delle relative Direzioni Aziendali.

Struttura	% Raggiungimento
UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	88,8
UOS CONTROLLO DI GESTIONE	100
UFFICIO LEGALE	100
UOS COMUNICAZIONE	100
RPTC	100

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- Adozione dello strumento documentale aziendale (ShareDoc) per la gestione dei flussi; documentali, delle PEC e dei processi di firma;
- Supporto ai processi di sanità digitale e innovazione tecnologica;
- Implementazione e monitoraggio dei sistemi informativi a supporto della governance aziendale;
- Rispetto delle linee guida aziendali sulla performance individuale;
- Monitoraggio del benessere organizzativo e del corretto inserimento lavorativo delle risorse;
- Sviluppo delle competenze professionali attraverso attività formative strutturate;
- Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione;
- Supporto ai processi di programmazione e controllo di gestione;
- Monitoraggio dei dati di produzione e analisi degli scostamenti;
- Rispetto degli adempimenti contabili e dei Piani Attuativi della Certificabilità;
- Assolvimento degli adempimenti previsti dalla normativa e dalle linee guida ANAC;
- Supporto alle attività del RPCT;
- Presidio dei processi di trasparenza amministrativa e prevenzione del rischio corruttivo;
- Analisi e miglioramento dei processi amministrativi;
- Supporto giuridico-amministrativo alle strutture aziendali;
- Gestione dei procedimenti di recupero crediti e contenzioso;
- Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi;
- Monitoraggio della produzione delle attività aziendali;
- Supporto ai processi di efficientamento organizzativo;
- Aggiornamento e qualità dei contenuti del sito internet aziendale,

- Miglioramento della trasparenza e accessibilità delle informazioni;
- Presidio della comunicazione istituzionale interna ed esterna;
- Attuazione del Progetto Syllabus;
- Incremento delle competenze digitali e amministrative del personale;
- Supporto ai percorsi di formazione continua;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti raggiunti si evidenziano:

È stata completata l'adozione dello strumento documentale aziendale per la gestione delle PEC e dei processi di firma, con formazione del personale e avvio operativo del sistema, contribuendo alla digitalizzazione e alla standardizzazione dei flussi amministrativi.

È stato garantito un presidio continuativo dei processi di controllo di gestione, attraverso la trasmissione periodica dei Conti Economici di reparto, l'analisi degli indicatori di esito e di processo e il supporto alla Direzione Strategica e ai negoziatori di spesa. Le attività sono state ulteriormente rafforzate mediante lo sviluppo di strumenti di reporting e cruscotti direzionali di supporto alla governance, finalizzati a migliorare la lettura dei dati e il monitoraggio dell'andamento economico-produttivo aziendale.

Sono stati rispettati gli obiettivi relativi al governo economico-finanziario, con assegnazione tempestiva dei budget, monitoraggio dell'andamento della spesa e chiusura degli esercizi contabili in equilibrio.

È stato assicurato il rispetto delle linee guida aziendali sulla performance individuale, con completamento delle valutazioni 2024 e assegnazione degli obiettivi 2025 nei tempi previsti.

Sono stati assolti gli adempimenti in materia di anticorruzione, trasparenza e privacy, con aggiornamento costante delle pubblicazioni, predisposizione della reportistica RPCT e supporto alle attività dell'OIV, senza rilievi sugli obblighi normativi.

È stato garantito il presidio della comunicazione istituzionale e dell'accessibilità ai servizi, con aggiornamento dei contenuti del sito aziendale, monitoraggi periodici delle informazioni pubblicate e miglioramento della fruibilità per l'utenza.

Permangono tuttavia criticità rilevanti su alcuni obiettivi, già emerse negli anni precedenti e solo parzialmente superate:

Alcuni obiettivi di sviluppo organizzativo e innovazione dei servizi (radiologia domiciliare, telemedicina e teleconsulto) risultano raggiunti in modo non uniforme o parziale, in relazione alla complessità dei processi di avvio, alla dipendenza da cronoprogrammi regionali e alla necessità di integrazione multiprofessionale.

Le attività di recupero crediti e di analisi dei processi amministrativi presentano margini di miglioramento, in quanto fortemente condizionate da fattori esterni all'azione diretta delle funzioni di staff, quali la dipendenza da procedimenti giudiziari in corso, i tempi delle pronunce e delle esecuzioni, nonché la natura dei crediti stessi, spesso non immediatamente aggredibili o oggetto di valutazioni prudenziali di bilancio

Il monitoraggio di alcune dimensioni organizzative trasversali, quali il benessere del personale, la piena integrazione dei flussi informativi e la continuità nell'alimentazione dei dati, richiede un ulteriore consolidamento, anche in considerazione della dipendenza da più strutture e sistemi informativi, al fine di garantire una maggiore omogeneità e stabilità dei risultati nel tempo.

Nel complesso, le valutazioni finali restituiscono un livello di raggiungimento degli obiettivi generalmente positivo, con risultati particolarmente significativi nelle aree della governance aziendale, del controllo di gestione, della digitalizzazione, della trasparenza e del supporto strategico alla Direzione Generale.

Restano tuttavia criticità strutturali su alcuni obiettivi di innovazione organizzativa e di sviluppo dei servizi, fortemente condizionate da fattori di contesto e da dipendenze esterne.

Le funzioni di Staff hanno comunque garantito un costante presidio dei processi, l'attuazione delle azioni correttive possibili e il supporto continuo alla Direzione Strategica, ponendo le basi per il miglioramento nel ciclo di performance successivo.

STAFF DIREZIONE SANITARIA

Struttura	% Raggiungimento
UOC QSGR	100
UOC ACCREDITAMENTO	100
UOC ESIS	100
UOS FORMAZIONE	90
UOC DIREZIONE SANITARIA POU	96

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- Verifica e controllo delle strutture accreditate;
- Esecuzione delle attività di vigilanza e monitoraggio previste;
- Trasmissione della reportistica periodica sulle verifiche effettuate;
- Corretto monitoraggio della committenza sulle strutture accreditate;
- Verifica del rispetto degli obblighi contrattuali e assistenziali;

- Monitoraggio delle attività erogate dalle strutture private accreditate;
- Rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione;
- Monitoraggio della spesa relativa alle strutture accreditate;
- Adempimenti contabili e rispetto dei Piani Attuativi della Certificabilità;
- Monitoraggio della qualità e sicurezza delle cure;
- Verifica degli standard assistenziali e organizzativi;
- Gestione e analisi delle infezioni correlate all'assistenza;
- Monitoraggio e gestione degli eventi avversi;
- Attuazione dei programmi di qualità e sicurezza clinica;
- Predisposizione e aggiornamento dei programmi di miglioramento;
- Supporto ai processi di sanità digitale;
- Adozione degli strumenti informativi aziendali;
- Utilizzo dei sistemi di monitoraggio e tracciabilità dei dati;
- Rispetto delle linee guida aziendali sulla performance individuale;
- Monitoraggio del fabbisogno e supporto alla programmazione;
- Miglioramento dell'efficienza organizzativa;
- Adempimenti previsti dalla normativa e dalle linee guida ANAC;
- Presidio dei processi di trasparenza amministrativa;
- Aggiornamento delle pubblicazioni obbligatorie;
- Aggiornamento delle informazioni sui servizi erogati;
- Miglioramento della fruibilità delle informazioni all'utenza;
- Cura del decoro informativo nei luoghi accessibili al pubblico;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti raggiunti si evidenziano:

È stato garantito il presidio delle attività di accreditamento, vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie, mediante l'esecuzione delle verifiche programmate sulle strutture accreditate, il monitoraggio del rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento e l'aggiornamento costante delle informazioni pubblicate sul sito aziendale, in coerenza con la normativa nazionale e regionale vigente.

È stato assicurato il corretto monitoraggio della committenza, con verifica del rispetto degli obblighi contrattuali e assistenziali da parte delle strutture accreditate e costante raccordo con le Direzioni competenti.

Sono stati pienamente rispettati gli obiettivi relativi al governo economico-finanziario, con il rispetto del tetto di spesa assegnato dal bilancio di previsione, l'assolvimento degli adempimenti contabili e l'attuazione dei Piani Attuativi della Certificabilità, senza rilievi.

È stato garantito il monitoraggio della produzione sanitaria e dei flussi informativi, attraverso la trasmissione periodica dei Conti Economici di reparto, l'analisi dei dati di produzione derivanti dal Sistema Informativo

Sanitario e il supporto alle Direzioni aziendali nelle attività di valutazione dell'appropriatezza, degli esiti e dei processi.

È stato rafforzato il presidio della qualità e della sicurezza delle cure, mediante il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione e rendicontazione degli eventi avversi e l'elaborazione dei programmi aziendali per la qualità clinica e la gestione del rischio.

Sono stati rispettati gli obiettivi in materia di formazione e sviluppo delle competenze, con l'attuazione delle attività formative previste, la corretta gestione dei percorsi formativi obbligatori e l'adempimento degli obblighi connessi alla formazione ECM e alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza.

È stato assicurato il rispetto delle linee guida aziendali sulla performance individuale, con completamento delle valutazioni e corretta assegnazione degli obiettivi nei tempi previsti. Sono stati pienamente assolti gli adempimenti in materia di anticorruzione, trasparenza e accessibilità ai servizi, con aggiornamento delle pubblicazioni obbligatorie, monitoraggio delle sezioni del sito aziendale e supporto alle attività di controllo interno e OIV.

Nel complesso, le valutazioni finali restituiscono un livello di raggiungimento degli obiettivi pienamente soddisfacente, con risultati consolidati nelle aree dell'accreditamento e vigilanza, del governo della committenza, del controllo economico-finanziario, della qualità e sicurezza delle cure, dei sistemi informativi e della formazione.

Le strutture coinvolte hanno garantito un presidio costante e qualificato dei processi, assicurando continuità operativa, rispetto degli obblighi normativi e supporto efficace alla Direzione Strategica, ponendo le basi per il consolidamento e l'evoluzione delle attività nel ciclo di performance successivo.

AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE

L'Area di Anestesia e Rianimazione svolge un ruolo strategico nel garantire la sicurezza e la continuità dei percorsi chirurgici, intensivi ed emergenziali, assicurando elevati standard di assistenza clinica, di gestione del rischio infettivo e di integrazione multidisciplinare.

Struttura	% Raggiungimento
AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100%

I principali obiettivi specifici assegnati all'Area Anestesia e Rianimazione per l'anno 2025 sono i seguenti:

- Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale;
- Monitoraggio dei microrganismi ALERT;
- Attuazione delle azioni mirate alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);

- Realizzazione di un corso formativo sulla gestione delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza, nell'ambito degli obiettivi PNRR;
- Utilizzo della piattaforma dedicata per la gestione degli ALERT a decorrere dal 01/06/2025;
- Adempimento degli obblighi in materia di anticorruzione, trasparenza amministrativa, gestione del rischio corruttivo e contrattualistica;
- Garantire una descrizione completa, aggiornata ed esaustiva dei servizi erogati, delle modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale;
- Garantire il decoro e l'aggiornamento delle informazioni esposte nei luoghi accessibili al pubblico.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel corso del 2025 l'Area di Anestesia e Rianimazione ha garantito una performance organizzativa complessivamente soddisfacente, con il raggiungimento della totalità degli obiettivi assegnati. Sono stati pienamente rispettati gli adempimenti relativi alla performance individuale, al monitoraggio dei microrganismi ALERT, alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e alla formazione del personale nell'ambito degli obiettivi PNRR, con il completo coinvolgimento degli operatori.

Gli obblighi in materia di trasparenza, anticorruzione e rischio corruttivo risultano integralmente assolti.

L'obiettivo relativo all'utilizzo della piattaforma dedicata per la gestione degli ALERT non è stato valutabile a causa della mancata attivazione della piattaforma, per motivazioni non imputabili all'Area, che ha comunque assicurato la continuità del monitoraggio attraverso le procedure aziendali in essere. Si richiede tuttavia una più chiara trasparenza per orari di apertura dei servizi al pubblico, garantendo presidi pomeridiani e/o di sabato mattina, per l'accesso al reparto.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	89,70
UOC FARMACIA OSPEDALIERA	99,70
UOC FARMACIA TERRITORIALE	84,70
UOC LABORATORIO ANALISI	100,00
UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SIMT)	100,00
UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100,00

Il Dipartimento dei Servizi, quale piattaforma a supporto delle attività ospedaliere, ha il compito di assicurare alle strutture che ne fanno parte, il raggiungimento degli obiettivi di produzione/erogazione (quantità, tipologia, qualità) delle prestazioni e dei servizi resi ai cittadini, negoziati con l'Area della Committenza (Distretti Sanitari ed Ospedali), in maniera omogenea in ambito aziendale.

I principali obiettivi specifici assegnati all'Area Anestesia e Rianimazione per l'anno 2025 sono i seguenti:

- Rispetto delle linee guida aziendali relative alla performance individuale e delle tempistiche di valutazione e assegnazione degli obiettivi;
- Monitoraggio dei microrganismi ALERT e corretta applicazione delle procedure di gestione;
- Attuazione delle azioni mirate alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- Realizzazione di interventi formativi sulla gestione delle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza, nell'ambito degli obiettivi PNRR;
- Utilizzo degli strumenti e delle piattaforme dedicate alla gestione degli ALERT e al monitoraggio del rischio infettivo;
- Garanzia della qualità, completezza e tempestività dei flussi informativi sanitari e ministeriali (CE di reparto, File F, File R, Dispositivi Medici);
- Governo della spesa e rispetto del tetto di budget assegnato, con monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e dei consumi;
- Supporto ai processi di sanità digitale, innovazione tecnologica e investimenti PNRR, inclusa la contabilità analitica;
- Raggiungimento dei volumi di produzione negoziati relativi agli screening di I e II livello;
- Adempimento degli obblighi in materia di anticorruzione, trasparenza amministrativa, gestione del rischio corruttivo e contrattualistica;
- Garanzia di una descrizione completa, aggiornata ed esaustiva dei servizi erogati, delle modalità di accesso ai reparti e ai consulti medici sul sito aziendale;
- Disponibilità emocomponenti, raccolta sangue;

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel corso dell'anno 2025 il Dipartimento dei Servizi ha conseguito una performance organizzativa complessivamente positiva, con il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi a maggiore peso, in particolare quelli relativi ai flussi informativi, al governo della spesa, alla prevenzione delle ICA, alla sanità digitale e ai volumi di attività degli screening.

Tutte le strutture afferenti hanno assicurato il pieno raggiungimento degli obiettivi trasversali, relativi alla performance individuale, alla trasparenza e anticorruzione e all'accessibilità dei servizi, concorrendo in modo uniforme al risultato dipartimentale.

Le UOC Laboratorio Analisi, SIMT e Anatomia e Istologia Patologica hanno conseguito risultati prossimi o pari al massimo valore ponderato, dimostrando un'elevata capacità di governo dei processi clinico-gestionali e di supporto alle attività assistenziali e di screening.

UOC Laboratorio Analisi: lo Screening di I livello – Sangue Occulto: eseguiti 24.448 esami nel periodo 01/01/2025–31/12/2025, con solo 9 campioni in sospeso, assicurando il sostanziale raggiungimento del target programmato. UOC SIMT ha conseguito una performance di eccellenza, con pieno raggiungimento degli obiettivi di produzione, qualità e sostenibilità, ampiamente sufficiente a coprire il fabbisogno ospedaliero.

- Disponibilità di sangue: raccolte 3.966 donazioni, superando il target di 3.750 sacche, con incremento rispetto al 2024 con:
 - 4.660 presentazioni (+8,7%),
 - 3.966 donazioni totali (+7,3%),
 - 272 donazioni di plasma (+34,6%). [Obiettivi 2025 SIMT | PDF]
- Raccolta extraospedaliera: effettuate 22 giornate di donazione, ben oltre il minimo richiesto.

UOSD Anatomia e Istologia Patologica ha garantito tempestività diagnostica ed efficienza economica,

- Screening di II livello:
evase tutte le richieste per biopsie colon retto e cervice uterina, comprese 598 prestazioni nel IV trimestre (ottobre-dicembre).

La UOC Farmacia Ospedaliera e UOC Farmacia Territoriale e la hanno raggiunto integralmente gli obiettivi assegnati; i valori non raggiunti risultano condizionati da obiettivi legati agli indicatori economici sul *Controllo della spesa farmaceutica*. L'obiettivo economico non risulta pienamente conseguito in quanto il valore C2 si è attestato leggermente superiore al limite massimo del concordamento regionale. Tale scostamento è riconducibile a variazioni intervenute nel corso dell'esercizio sui canali di distribuzione e alle fasce di attribuzione di alcuni farmaci, conseguenti a disposizioni ministeriali sopravvenute. L'impatto economico derivante da tali disposizioni non risultava prevedibile in sede di definizione del concordamento regionale.

Nel complesso, il Dipartimento evidenzia una performance solida e coerente con le priorità aziendali, con una equilibrata distribuzione dei risultati tra le strutture, confermando la capacità di garantire qualità dei servizi, appropriatezza, sostenibilità economica e rispetto degli obblighi normativi.

*DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE*

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	100,00
UOC SALUTE DIPENDENZE	100,00
UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	95,78
UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	100,00
UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	100,00
UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - GRASSI E SAN CAMILLO	88,06
UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	100,00

Nel corso del 2025 il Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) ha perseguito gli obiettivi assegnati nell'ambito del budget aziendale, con particolare attenzione al miglioramento della qualità dei servizi, all'innovazione digitale, alla trasparenza amministrativa e all'efficientamento dei percorsi clinico-assistenziali.

Il Dipartimento DSM-DP ha operato su cinque assi strategici trasversali.

- monitoraggio della committenza e la verifica della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture territoriali e residenziali, con trasmissione puntuale delle verifiche di conformità;
- digitalizzazione dei processi clinico-amministrativi, con l'obiettivo di ridurre l'uso del ricettario cartaceo, migliorare la tracciabilità delle prestazioni e garantire la qualità dei flussi informativi (SDO, Disamweb, SIPC);
- il governo delle risorse umane, attraverso la valutazione della performance individuale, l'assegnazione degli obiettivi e il rispetto degli adempimenti in materia di privacy e anticorruzione;
- miglioramento dei percorsi clinici, con particolare attenzione alla continuità assistenziale, alla riduzione dei ricoveri ripetuti, alla presa in carico secondo criteri PANSM e all'attuazione del Piano aziendale della prevenzione (screening HPV).
- l'efficientamento dell'offerta residenziale, culminato nella definizione del cronoprogramma per l'attivazione delle liste uniche COT-A, nella mappatura delle strutture e nella definizione dei criteri di appropriatezza e priorità.
- Nel complesso, gli obiettivi iniziali miravano a rafforzare qualità, equità, trasparenza e integrazione dei servizi di salute mentale dell'ASL Roma 3.

La valutazione complessiva evidenzia un elevato livello di raggiungimento degli obiettivi, con una performance elevata, confermando la solidità organizzativa e la capacità del Dipartimento di rispondere in modo efficace alle priorità aziendali e regionali.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi maggiormente rilevanti perseguiti e raggiunti nel corso dell'anno 2025 si evidenziano i seguenti risultati.

È stato garantito un efficace presidio delle attività di qualità, accreditamento e vigilanza, attraverso il monitoraggio sistematico delle strutture territoriali e residenziali afferenti al Dipartimento, la trasmissione puntuale delle verifiche di conformità e il rafforzamento dei processi di committenza e controllo, assicurando il rispetto dei requisiti normativi e organizzativi previsti.

È stato assicurato un significativo avanzamento nei processi di innovazione digitale e dematerializzazione, con il raggiungimento di una percentuale di ricettazione elettronica superiore al 99% in tutte le strutture operative. È stata inoltre garantita la corretta gestione e trasmissione dei flussi informativi (SDO, Disamweb, SIPC), con una conseguente riduzione dell'utilizzo della documentazione cartacea e un miglioramento complessivo della tracciabilità dei dati clinici e amministrativi.

In ambito di governance delle risorse umane, sono stati pienamente rispettati gli obiettivi di performance individuale, con il completamento delle valutazioni riferite all'anno 2024 e la corretta assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025 nei tempi previsti. È stato inoltre assicurato l'aggiornamento della documentazione individuale del personale, inclusi i curricula, nonché l'adempimento degli obblighi in materia di privacy, anticorruzione e trasparenza.

Sono stati ottenuti risultati rilevanti nel miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali, con una riduzione significativa dei ricoveri ripetuti, in alcuni casi fino al 70%. Sono stati definiti e consolidati i percorsi di cura secondo i criteri previsti dal PANSM, con un miglioramento dei tempi di ricovero, della continuità assistenziale e dell'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali. È stata inoltre garantita l'attuazione delle azioni previste dal Piano aziendale della prevenzione, con particolare riferimento ai programmi di screening HPV.

È stato infine conseguito un rilevante efficientamento dell'offerta residenziale, mediante il completamento del cronoprogramma COT-A per l'implementazione delle liste uniche di attesa, la mappatura delle strutture disponibili, la raccolta e l'omogeneizzazione delle liste e la definizione di criteri condivisi di priorità. Tali interventi hanno consentito di raggiungere indici di occupazione dei posti letto prossimi o pari al 100%, migliorando l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse disponibili.

Le criticità rilevate nel corso dell'esercizio risultano circoscritte e non tali da compromettere la performance complessiva del Dipartimento.

In particolare, in relazione agli indicatori economici e di produzione, si segnala:

- per la UOC Età Evolutiva, un incremento dei costi del personale accompagnato da una riduzione degli spazi operativi, con una limitata evidenza, al momento, dei risultati di produzione in relazione all'aumento delle risorse umane impiegate;
- per lo SPDC, il mancato miglioramento del rapporto costo/produzione, riconducibile all'incremento del personale e alla permanenza di ricoveri di lunga durata.

Permangono inoltre alcuni fattori strutturali e organizzativi, quali l'impatto dei lavori di ristrutturazione in alcuni presidi e le difficoltà connesse al turnover del personale e ad assenze prolungate.

Le criticità emerse risultano comunque puntuali e gestibili e sono già oggetto di specifiche azioni correttive e interventi programmati, finalizzati al miglioramento dell'efficienza organizzativa e alla progressiva ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.

UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE

Struttura	% Raggiungimento
UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	100,00

UOC Amministrativa Prevenzione e Salute Mentale ha garantito un presidio amministrativo stabile ed efficace a supporto delle attività dipartimentali, assicurando il rispetto delle scadenze, degli adempimenti normativi e dei processi di governance economico-finanziaria.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Tra gli obiettivi strategici, si evidenzia il pieno adempimento dell'analisi trimestrale dei fabbisogni e degli acquisti in economia, con trasmissione regolare delle relazioni a UOC Approvvigionamenti, CdG e RPCT. Raggiunto al 100% anche l'obiettivo di adozione dello strumento documentale aziendale ShareDoc, con migrazione delle PEC e implementazione del nuovo flusso di firma digitale entro i termini previsti. Pienamente rispettati anche gli obiettivi di governo della spesa, con mantenimento del budget entro i limiti assegnati, e quelli relativi al monitoraggio dei pagamenti, con produzione delle sei relazioni bimestrali previste.

Completati al 100% gli adempimenti in materia di PAC e certificabilità delle note di credito, così come gli obblighi relativi alla performance individuale e alla trasparenza/anticorruzione. Raggiunto anche l'obiettivo di aggiornamento delle informazioni all'utenza sul sito aziendale e nelle sedi fisiche.

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI MEDICINA	89,60
UOC MEDICINA	88,52
UOC NEFROLOGIA E DIALISI	89,30
UOC PEDIATRIA	87,54
UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	98,44
UOSD GASTROENTEROLOGIA	100,00
UOSD NEONATOLOGIA	89,78
UOSD ONCOLOGIA	91,50

Il Dipartimento di Medicina integra competenze, professionalità e risorse tecnologiche delle diverse UU.OO. che lo compongono, con l'obiettivo di garantire un approccio sistemico e interdisciplinare ai bisogni clinici dei pazienti, sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Il Dipartimento assicura percorsi assistenziali omogenei, basati sulle migliori evidenze disponibili, promuove la continuità clinico-assistenziale con il territorio e caratterizza l'offerta sanitaria in ambito internistico attraverso modelli organizzativi orientati all'efficienza, alla qualità e alla sicurezza delle cure.

Dall'analisi delle schede obiettivi delle strutture afferenti emergono i principali obiettivi strategici rilevanti:

- Riduzione dell'uso del ricettario cartaceo (<10%).
- Apposizione del flag sugli eseguiti ambulatoriali (>98,5%).
- Trasmissione corretta e tempestiva delle SDO.
- Adozione delle piattaforme ICT (Transitional Care, O4C/P4C, dashboard PNRR).
- Miglioramento dei rapporti costo/produzione (personale dirigente, dispositivi medici).
- Coerenza della degenza media con i valori soglia nazionali.
- Equilibrio tra dimissioni feriali e festive.
- Riduzione dei ricoveri oltre 24 ore dal PS.
- Monitoraggio microrganismi ALERT.
- Attuazione delle procedure aziendali (Del. 429/22).
- Utilizzo della piattaforma ALERT (ove attiva).
- Implementazione di protocolli specifici (profilassi antibiotica, sorveglianza microbiologica).
- Aggiornamento del sito aziendale e delle informazioni al pubblico.
- Verifiche trimestrali sulla fruibilità delle informazioni.
- Decoro e aggiornamento della cartellonistica.
- Rispetto delle tempistiche per la performance individuale 2024.
- Assegnazione degli obiettivi 2025.
- Aggiornamento dei curricula e adempimenti privacy/anticorruzione.
- Screening colon-retto: completamento approfondimenti entro 60 giorni.
- Esecuzione prestazioni per interni entro 48 ore (ove compatibile con l'organizzazione).
- Ottimizzazione dei percorsi endoscopici e dei consumi di dispositivi.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel corso dell'esercizio considerato sono stati pienamente conseguiti numerosi obiettivi strategici e operativi.

È stato assicurato un elevato livello di digitalizzazione e dematerializzazione dei processi, con risultati particolarmente positivi in quasi tutte le strutture operative, che hanno raggiunto o sfiorato i target previsti. In particolare, l'apposizione dei flag sugli eseguiti si attesta generalmente su valori superiori al 95%, a conferma del progressivo consolidamento delle procedure informatizzate.

In ambito di appropriatezza clinica, si rileva una gestione della degenza media coerente con i DRG di riferimento nelle UU.OO.CC. di Medicina, Pediatria, Nefrologia e Riabilitazione. In diverse strutture è stato inoltre

registrato un miglioramento del rapporto costo/produzione. Di rilievo il significativo decremento dei ricoveri superiori alle 24 ore provenienti dal Pronto Soccorso in Medicina, passati dall'84% al 53%, a fronte di un incremento complessivo dell'attività.

È stato garantito il presidio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), con corretta applicazione delle procedure ALERT nelle strutture per le quali erano disponibili i dati, assicurando il rispetto dei protocolli di prevenzione e controllo.

Sono stati pienamente raggiunti anche gli obiettivi in materia di accessibilità e trasparenza, con l'aggiornamento dei siti istituzionali e la verifica della cartellonistica informativa in tutte le UU.OO.CC.

È stato assicurato il rispetto delle disposizioni relative alla performance individuale, con assegnazione degli obiettivi e completamento delle valutazioni nei tempi previsti.

Per quanto concerne lo screening del colon-retto, è stata garantita l'erogazione delle prestazioni entro 60 giorni per tutti gli utenti che hanno accettato la data proposta, assicurando l'accesso tempestivo ai percorsi di prevenzione.

Permangono alcune criticità comuni, emerse dalle relazioni delle strutture, che hanno parzialmente inciso sul raggiungimento di specifici obiettivi.

In particolare, la carenza di personale, soprattutto infermieristico, ha limitato la copertura oraria dei servizi in alcune UU.OO.CC. (tra cui Gastroenterologia e Medicina), ridotto la capacità produttiva in ambiti come Oncologia e Gastroenterologia e creato difficoltà nell'erogazione delle prestazioni entro le 48 ore previste.

In alcune strutture si rilevano inoltre valori dei flag sugli eseguiti inferiori al target, in particolare in Medicina (93,88%) e Nefrologia (94,28%).

La piattaforma ALERT risulta non ancora attiva in più reparti, rendendo necessaria una gestione manuale delle segnalazioni, con conseguente aumento del carico operativo.

Sono state altresì riscontrate dimissioni festive superiori a quelle feriali in diverse UU.OO.CC., in particolare in Riabilitazione e Nefrologia, nonché una percentuale di ricoveri oltre le 24 ore dal Pronto Soccorso ancora elevata in Nefrologia (35,20%), legata a criticità organizzative nei tempi di dimissione e nell'accoglienza dei ricoveri urgenti.

L'andamento dei tempi di ricovero dal Pronto Soccorso risulta eterogeneo tra le diverse UU.OO.CC.

Nella UOC Medicina si registra un miglioramento significativo, con una riduzione dei ricoveri oltre le 24 ore dal 84% del 2024 al 53,05% del 2025, accompagnata da un incremento dell'attività pari a 86 ricoveri (+6%).

La UOC Nefrologia evidenzia invece un peggioramento dell'indicatore, con il 35,20% di ricoveri oltre le 24 ore e un aumento del numero complessivo di ricoveri pari a 36 unità (+26,67%).

La UOC Pediatria registra un incremento dei ricoveri dal Pronto Soccorso del 17,17%, pari a 17 ricoveri in più rispetto all'anno precedente.

Il Centro di Riabilitazione e Centro Spinale (CPO) ha implementato e ampliato i servizi rivolti al cittadino, incrementando il turn over dei ricoveri e potenziando le attività in Day Hospital riabilitativo. Le modifiche apportate ai flussi di ricovero hanno tuttavia inciso sulla corretta remunerazione delle prestazioni, determinando una penalizzazione economica della struttura, nonostante l'aumento dell'attività complessiva.

Il CPO continua comunque a garantire la presa in carico riabilitativa dei pazienti con lesioni midollari, assicurando una gestione multidisciplinare delle principali complicanze (ulcere da pressione, osteomieliti, sepsi, disfunzioni urinarie, dolore, spasticità, problematiche vascolari e internistiche) e rappresentando un punto di riferimento regionale per la riabilitazione delle patologie più gravi e complesse.

In generale, il Dipartimento di Medicina presenta nel complesso un livello di performance buono. Gli obiettivi strategici del 2025 hanno comunque guidato un miglioramento significativo nei processi di digitalizzazione, nell'appropriatezza clinica e nella trasparenza dei servizi, contribuendo al consolidamento di un modello dipartimentale orientato alla qualità, alla sicurezza delle cure e al continuo miglioramento dell'organizzazione.

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	89,07
UOC CHIRURGIA GENERALE	97,17
UOC OCULISTICA	98,79
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	93,36
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	84,67
UOSD ANESTESIA	85,00
UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	77,56

Il Dipartimento di Chirurgia assicura la risposta ai bisogni di salute per tutto ciò che concerne il proprio ambito di competenza eseguendo interventi sia in urgenza/emergenza che programmati e svolgendo attività di ricovero ordinario, Day Surgery e assistenza specialistica ambulatoriale secondo i criteri di appropriatezza delle cure. Assicura un processo assistenziale terapeutico sicuro e di qualità al paziente, atto a ridurre le complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata attraverso la multidisciplinarietà degli interventi di diagnosi e di cura specialistica e la comunicazione tra le unità appartenenti al Dipartimento e tra i Dipartimenti. Le strutture hanno operato in un contesto caratterizzato da forte pressione assistenziale, riorganizzazioni interne e carenze di personale, assicurando comunque un processo diagnostico-terapeutico multidisciplinare e sicuro.

Gli obiettivi strategici assegnati al dipartimento sono stati i seguenti:

- Riduzione ricettario cartaceo <10%
- Apposizione flag sugli eseguiti >98,5%
- Supporto ai sistemi ICT, PNRR, O4C/P4C, firma digitale
- Trasmissione SDO nei tempi e corretta compilazione cartella clinica
- Degenza media coerente con valori soglia DRG
- Miglioramento rapporto costo personale/produzione
- Miglioramento rapporto dispositivi medici/produzione
- Peso medio DRG >1,40
- Riduzione ricoveri ad alto rischio di inappropriately
- Monitoraggio microrganismi ALERT
- Attuazione procedure Del. 429/22
- Utilizzo piattaforma ALERT (ove attiva)
- Rispetto tempi per classi A e B
- Standard PNE (frattura femore entro 48h, colecistectomia <3gg, episiotomie <20%)
- Valutazione performance individuale
- Assegnazione obiettivi nei tempi
- Aggiornamento sito e informazioni al pubblico
- Adempimenti ANAC
- Progettazione gare e fabbisogni

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel corso dell'anno 2025 il Dipartimento di Chirurgia ha conseguito risultati complessivamente positivi, con un buon livello di aderenza agli obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi assegnati, evidenziando al contempo specifiche aree di eccellenza.

È stato garantito un adeguato controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), con l'applicazione sistematica delle procedure previste in tutte le unità operative. In particolare, la UOC di Otorinolaringoiatria non ha registrato eventi segnalati, mentre la UOC di Ginecologia ha rilevato un singolo caso, correttamente gestito secondo i protocolli aziendali. Permane tuttavia la necessità di completare l'attivazione della piattaforma ALERT in alcune strutture (Ginecologia e Chirurgia Generale), dove la gestione delle segnalazioni avviene ancora in modalità manuale.

In ambito di appropriatezza clinico-organizzativa, tutte le UU.OO.CC. presentano valori di degenza media coerenti con gli standard e i valori soglia di riferimento (Chirurgia Generale, Ortopedia, Ginecologia), a conferma di un utilizzo appropriato dei posti letto e di una corretta gestione dei percorsi di ricovero. Si rileva inoltre, nella maggior parte delle strutture, un miglioramento dei rapporti costo del personale/produzione e dispositivi/produzione, indicativo di una più efficiente allocazione delle risorse. La UOC di Ginecologia mostra una tendenza di miglioramento progressivo, seppure in attesa della validazione dei dati annuali consolidati.

È stato pienamente raggiunto l'obiettivo relativo all'equilibrio tra dimissioni feriali e festive in tutte le strutture del Dipartimento, contribuendo a una maggiore continuità assistenziale e a una migliore organizzazione dei flussi di ricovero.

Per quanto riguarda la gestione delle liste di attesa chirurgiche, l'obiettivo risulta pienamente conseguito in ORL e Anestesia, per quanto di competenza. Le strutture di Ortopedia e Chirurgia Generale risultano sostanzialmente allineate agli standard previsti, mentre per la Ginecologia sono in corso le attività di consolidamento dei dati.

Indicatori di esito e standard clinici (PNE): Gli indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti evidenziano risultati clinicamente rilevanti.

La UOC di Ortopedia ha raggiunto lo standard relativo al trattamento delle fratture di femore operate entro 48 ore, confermando una buona integrazione tra percorso emergenziale, area chirurgica e area anestesiológica.

La Chirurgia Generale ha pienamente conseguito l'obiettivo relativo alle colecistectomie laparoscopiche eseguite entro tre giorni, a testimonianza di una corretta programmazione chirurgica e di un'efficace gestione delle urgenze differibili.

In ambito ostetrico-ginecologico, si rileva un risultato particolarmente positivo per quanto concerne la percentuale di episiotomie, pari all'8,5%, ampiamente al di sotto del valore soglia del 20%. Permane invece una criticità relativa alla percentuale di tagli cesarei primari, pari al 26,2%, superiore allo standard previsto (<15%). Tale risultato risente di fattori clinici e demografici, quali l'elevata età materna media e l'aumento delle richieste di taglio cesareo, che richiedono ulteriori interventi di governo clinico e counseling appropriato.

Gli obiettivi trasversali che supportano l'efficacia dei percorsi assistenziali risultano ampiamente conseguiti.

È stata garantita la dematerializzazione della ricetta in tutte le strutture, con percentuali elevate (Oculistica 99,26%, Anestesia 97,26%, Ginecologia 94,13%, Ortopedia e Chirurgia Generale pienamente allineate), così come l'apposizione dei flag sugli eseguiti, raggiunta in tutte le UU.OO.CC. con valori prossimi o superiori ai target previsti.

Tutte le strutture hanno assicurato il rispetto degli obblighi di trasparenza, effettuando le verifiche trimestrali e mantenendo aggiornate le informazioni rivolte all'utenza, e hanno adempiuto pienamente agli obblighi in materia di anticorruzione.

In generale, il Dipartimento di Chirurgia presenta nel 2025 una performance complessivamente positiva, con punte di eccellenza in Oculistica, Ortopedia e Chirurgia Generale. Gli indicatori di appropriatezza clinica e di esito mostrano un buon livello di aderenza agli standard di riferimento, mentre le criticità emerse risultano circoscritte e prevalentemente riconducibili a specifici ambiti (tagli cesarei primari, completamento della digitalizzazione dei sistemi ALERT, alcune dinamiche organizzative legate ai ricoveri e all'utilizzo dei dispositivi). Nel complesso, il Dipartimento conferma una solida capacità di garantire qualità e sicurezza delle cure, anche in un contesto caratterizzato da complessità organizzative, carenze di personale e pressione sui percorsi emergenziali, ponendo le basi per ulteriori azioni di miglioramento clinico e gestionale.

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	98,00
UOC CARDIOLOGIA	86,03
UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	94,44
UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D EMERGENZA	99,30
UOSD RIANIMAZIONE	96,06

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello rappresenta il nodo ospedaliero di riferimento per la gestione delle emergenze-urgenze nel territorio, garantendo continuità assistenziale, tempestività di intervento e integrazione con i percorsi intraospedalieri e territoriali. Nel 2025 il DEA ha operato in un contesto caratterizzato da incremento degli accessi, carenza strutturale di personale in alcune UOC, elevata complessità clinica, mantenendo tuttavia standard di performance molto elevati, con un risultato complessivo pari al 98%.

Gli obiettivi strategici rilevanti assegnati alle strutture del DEA:

- Riduzione utilizzo ricettario cartaceo <10%
- Apposizione flag sugli eseguiti >98,5%
- Supporto ai sistemi ICT per PNRR, INFRAM/ENFRAM
- Riduzione stampanti locali e monitoraggio consumabili
- Tempi di attesa per trattamento codici 2 e 3
- Tempi di ricovero <24 ore
- Appropriately e permanenza in OBI (6–44 ore >75%)
- Riduzione abbandoni e “non risponde a chiamata” <13%
- Monitoraggio microrganismi ALERT
- Prevenzione ICA secondo Del. 429/22
- Utilizzo piattaforma NOMOS
- Indicatori di qualità (ictus: TAC entro 60 minuti)
- Screening mammella (I e II livello)
- Aggiornamento sito e informazioni al pubblico
- Adempimenti ANAC e privacy
- Rispetto tempistiche valutazione e assegnazione obiettivi

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel corso dell'anno 2025 il Dipartimento di Emergenza e Accettazione ha mantenuto una performance complessiva molto elevata, pari al 98%, confermandosi come una struttura ad altissima intensità clinica, in grado di garantire efficacia, tempestività e sicurezza delle cure in un contesto caratterizzato da un rilevante incremento dei volumi di attività e da una crescente complessità dei casi trattati.

L'attività di Pronto Soccorso ha registrato un significativo aumento degli accessi rispetto al 2024, senza che ciò abbia compromesso la qualità dell'assistenza. I tempi di presa in carico dopo il triage evidenziano risultati particolarmente rilevanti sul piano clinico-organizzativo.

Per i pazienti classificati con codice 2, l'81,4% ha ricevuto il trattamento entro 15 minuti, a fronte di un obiettivo fissato oltre il 60% e nonostante un incremento degli accessi del 22%. Tale miglioramento è direttamente correlato all'introduzione di strumenti organizzativi mirati, quali la figura del flussista e il rafforzamento della copertura medica notturna con la presenza di un terzo medico, che hanno consentito una gestione più efficace dei picchi di afflusso e dei casi a maggiore complessità clinica.

Anche per i pazienti con codice 3, il Dipartimento ha raggiunto gli obiettivi di tempestività assistenziale, con il 68,19% dei pazienti trattati entro 60 minuti, a fronte di un incremento degli accessi pari al 15,6%. Il dato conferma una buona capacità di risposta clinica anche nei confronti della domanda meno urgente ma numericamente prevalente.

La gestione dell'Osservazione Breve Intensiva si è dimostrata complessivamente appropriata dal punto di vista clinico. La percentuale di pazienti con permanenza compresa tra 6 e 44 ore si attesta al 74,8%, valore considerato sostanzialmente in linea con l'obiettivo del 75%. Di particolare rilievo la drastica riduzione delle permanenze superiori alle 44 ore, diminuite di oltre il 50% rispetto all'anno precedente, segno di un miglior coordinamento tra Pronto Soccorso, OBI e reparti di degenza.

Gli indicatori relativi ai rientri in Pronto Soccorso dopo dimissione dall'OBI confermano l'appropriatezza clinica delle decisioni adottate. I rientri entro 24 ore si attestano al 4,21% e quelli entro 72 ore al 6,24%, valori ampiamente al di sotto della soglia del 10% e indicativi di una corretta valutazione clinica e di un'adeguata stabilizzazione dei pazienti prima della dimissione.

Un miglioramento significativo si osserva anche nella riduzione degli abbandoni e dei casi di "non risponde a chiamata", che si attestano complessivamente all'8,04%, in netto calo rispetto all'11,86% del 2024. Tale risultato è stato ottenuto nonostante l'aumento degli accessi e testimonia una migliore organizzazione dei percorsi interni e una maggiore capacità del sistema di assorbire la domanda assistenziale.

I tempi di ricovero dal Pronto Soccorso risultano compatibili con la complessità clinica dei casi trattati e con la disponibilità dei posti letto. In particolare, per l'area cardiologica la permanenza media è pari a 19 ore, mentre per l'area della rianimazione si attesta a circa 10 ore, evidenziando una buona integrazione tra area dell'emergenza e reparti di degenza ad alta intensità di cura.

Il Dipartimento ha garantito un elevato presidio della sicurezza clinica. Tutte le strutture hanno applicato correttamente le disposizioni aziendali in materia di gestione dei microrganismi alert e delle infezioni correlate all'assistenza, assicurando il monitoraggio continuo, la gestione appropriata degli eventi e l'isolamento tempestivo dei casi sospetti. Tali attività hanno contribuito a mantenere un elevato livello di sicurezza per pazienti e operatori, in un contesto ad alto rischio infettivo come quello dell'emergenza-urgenza.

Risultati di assoluta eccellenza si registrano nell'ambito della rete tempo-dipendente dell'ictus. La Diagnostica per Immagini ha garantito il 100% delle TAC entro 60 minuti dall'accesso, con tempi compresi tra 11 e 53 minuti, confermando l'efficacia del percorso integrato tra Pronto Soccorso, radiologia e specialisti clinici.

Buoni risultati sono stati conseguiti anche nelle attività di prevenzione e diagnosi precoce. Lo screening della mammella ha raggiunto livelli di performance elevatissimi, con il 99,82% degli approfondimenti effettuati entro 28 giorni, oltre 21.000 mammografie di primo livello eseguite e una percentuale di refertazione entro 15 giorni pari al 99,22%.

La digitalizzazione dei processi a supporto dell'attività clinica è proseguita in modo significativo. La dematerializzazione delle ricette è stata raggiunta in tutte le strutture del Dipartimento, con un miglioramento evidente rispetto all'anno precedente. L'apposizione dei flag sugli eseguiti risulta elevata, sebbene ancora non pienamente allineata al target in tutte le unità operative, con valori pari al 95,67% in Pronto Soccorso, al 96,9% in Cardiologia e al 99,97% in Diagnostica per Immagini.

Tutte le strutture hanno collaborato attivamente con i servizi ICT nell'ambito dei progetti PNRR e infrastrutturali. La piattaforma NOMOS, non ancora attiva, non ha consentito la valutazione di alcuni obiettivi, mentre è stata portata avanti una razionalizzazione delle dotazioni tecnologiche, con la centralizzazione delle stampanti e il mantenimento di dispositivi locali solo laddove strettamente necessario per garantire la sicurezza clinica, in particolare in Pronto Soccorso.

In generale, il Dipartimento di Emergenza e Accettazione si conferma nel 2025 come un presidio essenziale della rete regionale dell'emergenza-urgenza, capace di sostenere un elevato carico assistenziale garantendo al contempo qualità clinica, appropriatezza decisionale, tempestività degli interventi e sicurezza delle cure. I risultati ottenuti assumono particolare valore considerando l'aumento degli accessi, le criticità legate alla disponibilità di personale e la crescente complessità clinica dei pazienti, confermando la solidità organizzativa e professionale del Dipartimento e la sua capacità di adattamento e miglioramento continuo.

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

Struttura	% Raggiungimento
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	98,75
UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,00
UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	99,47
UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	100,00
UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	95,00
UOSD CANILE SOVRAZIONALE	100,00
UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	100,00
UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	96,25

Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta la principale articolazione di riferimento per il macro-livello del Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" ed è, pertanto, la struttura operativa aziendale deputata a garantire tale assistenza, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, anche attraverso azioni integrate e coordinate con le altre strutture aziendali.

I principali obiettivi assegnati nell'anno 2025 hanno riguardato:

- l'effettuazione dei controlli richiesti in materia di salute e sicurezza dei lavoratori;
- l'effettuazione dei controlli previsti per la sicurezza alimentare;
- la lotta al randagismo e il contenimento del fenomeno mediante politiche attive di sterilizzazione;
- il rispetto dei LEA in ambito di prevenzione collettiva;
- il mantenimento dei livelli di copertura vaccinale, inclusa la vaccinazione antinfluenzale nei gruppi target;
- il mantenimento delle coperture vaccinali pediatriche e HPV sopra le soglie minime regionali;
- il rispetto dei tassi di copertura dei programmi di screening per tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto;
- il rispetto dei tempi di attesa per il II livello dei programmi di screening oncologici;
- il rispetto dei tempi di liquidazione e certificazione delle fatture;
- l'attuazione di azioni preventive di monitoraggio dei rischi corruttivi e la formazione in materia di privacy e trasparenza;
- la promozione attiva della cultura della prevenzione e della partecipazione ai programmi di screening;
- l'effettuazione del numero di controlli programmati secondo le indicazioni regionali;
- l'attuazione del Piano Aziendale della Prevenzione e dei programmi regionali correlati.

RENDICONTAZIONE DEI RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Le valutazioni finali del Dipartimento di Prevenzione restituiscono un quadro complessivamente positivo del livello di raggiungimento degli obiettivi programmati, con una percentuale di performance dipartimentale pari al 95%. Gli esiti conseguiti evidenziano una solida tenuta organizzativa e un'elevata capacità di coordinamento tra le diverse strutture afferenti al Dipartimento.

Sono stati pienamente raggiunti tutti gli obiettivi nazionali e regionali relativi al rispetto della normativa in materia di prevenzione, grazie al contributo integrato delle strutture del Dipartimento di Prevenzione, in particolare SISP, SIAN, SPRESAL, Sanità Animale, Screening e Canile Sovrazonale. L'azione coordinata ha consentito di garantire continuità, appropriatezza e capillarità degli interventi previsti dai piani regionali e nazionali.

Area Screening e Promozione della Salute: nel corso del 2025 è stato ulteriormente rafforzato l'orientamento al rapporto con la comunità e alla promozione attiva della prevenzione. Sono state realizzate numerose iniziative informative, open day e attività di sensibilizzazione, anche attraverso l'utilizzo dei canali di comunicazione aziendali e territoriali, favorendo una maggiore consapevolezza della popolazione target.

I programmi di screening oncologico per la mammella e la cervice uterina hanno superato i target regionali, con livelli di adesione pari rispettivamente al 49,3% e al 32,42%, confermando l'efficacia delle strategie di coinvolgimento adottate.

Il programma di screening del colon retto ha registrato un'adesione pari al 26,2%, inferiore al valore atteso. Lo scostamento è riconducibile a fattori non imputabili alla struttura, quali la prolungata indisponibilità regionale delle provette nei mesi estivi e la ridotta adesione da parte della popolazione invitata, elementi che hanno inciso sull'andamento complessivo del programma.

I tempi di attesa per il secondo livello di approfondimento risultano su valori di eccellenza, a testimonianza di un'elevata capacità organizzativa e clinica:

- il 99,22% delle mammografie è stato refertato entro 15 giorni;
- il 99,82% degli approfondimenti mammografici di secondo livello è stato effettuato entro 28 giorni;
- il 94,66% delle colonscopie è stato eseguito entro 30 giorni;
- il 99,95% delle colposcopie è stato effettuato entro 36 giorni.

Area Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro: con riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza relativi alla prevenzione nei luoghi di lavoro, lo SPRESAL ha superato gli obiettivi assegnati. Nel 2025 sono stati effettuati 966 controlli sulle aziende, a fronte degli 800 richiesti dalla Regione Lazio, evidenziando un significativo superamento del target programmato e un rafforzamento delle attività di vigilanza e controllo.

Area Sicurezza Alimentare e Veterinaria: le strutture afferenti alla sicurezza alimentare e veterinaria (SIAN, SIAOA, SAIAPZ) hanno garantito volumi di controllo superiori al 100% del programmato, assicurando la piena attuazione dei piani regionali e nazionali. Sono stati regolarmente svolti anche i programmi di farmacosorveglianza e di contrasto all'antibiotico-resistenza, confermando un elevato livello di presidio della sicurezza alimentare e della sanità animale.

Permangono scostamenti limitati in alcune attività specifiche, quali quelle relative alle arbovirosi e alla farmacosorveglianza NDPA, adeguatamente motivati da carenze di personale e da fattori ambientali non prevedibili, che hanno inciso sulla piena realizzazione dei programmi.

Area Randagismo: il Canile Sovra zonale ha superato il valore atteso relativo all'indicatore di sterilizzazione, contribuendo in modo efficace alla riduzione del randagismo e al contenimento del fenomeno sul territorio di competenza, in coerenza con gli obiettivi di sanità pubblica e benessere animale.

Il Dipartimento ha garantito il pieno rispetto delle disposizioni in materia di trasparenza, anticorruzione e protezione dei dati personali, assicurando un costante riscontro alle richieste del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e completando i percorsi formativi obbligatori previsti.

Tutte le strutture afferenti al Dipartimento hanno rispettato le tempistiche e le modalità previste per la valutazione della performance individuale e per l'assegnazione degli obiettivi, contribuendo al consolidamento di un sistema di governo orientato alla responsabilizzazione e al miglioramento continuo.

Nel complesso, il Dipartimento di Prevenzione conferma nel 2025 una performance solida e coerente con gli obiettivi istituzionali, garantendo il pieno presidio delle funzioni di tutela della salute pubblica. I risultati conseguiti evidenziano un'elevata capacità di programmazione, integrazione tra le strutture e risposta ai bisogni del territorio, anche in presenza di criticità organizzative circoscritte. L'azione dipartimentale si caratterizza per un approccio orientato alla prevenzione attiva, alla qualità degli interventi e al miglioramento continuo, ponendo basi robuste per il consolidamento dei livelli di assistenza e per lo sviluppo delle attività future.

OBIETTIVI E INDICATORI AREA FORMAZIONE

Con riferimento all'area strategica Formazione, in coerenza con il quadro normativo vigente in materia di performance e sviluppo delle competenze nella Pubblica Amministrazione, l'Amministrazione ha definito un set strutturato di obiettivi operativi, caratterizzati da indicatori oggettivi, misurabili e verificabili. In particolare, gli obiettivi risultano orientati al rafforzamento delle competenze del personale, anche attraverso l'implementazione del Progetto Syllabus, alla promozione del benessere organizzativo, nonché all'adempimento degli obblighi formativi specifici (es. ICA).

Parallelamente, è stato previsto il presidio dei processi di programmazione e monitoraggio mediante l'aggiornamento del Piano Formativo Aziendale, la rendicontazione periodica delle attività formative e la tracciabilità degli esiti, inclusa la gestione dei percorsi formativi specialistici. Tali interventi risultano coerenti con i principi di trasparenza, accountability e miglioramento continuo, nonché funzionali al collegamento tra performance organizzativa e performance individuale, secondo le linee guida ANAC e del ciclo della performance.

Di seguito gli obiettivi e indicatori assegnati per la Formazione:

OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE
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)
Promozione di corsi sul benessere del personale.	realizzare almeno 4 eventi formativi
% 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
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
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.
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
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
Adozione delle misure previste dal Progetto Mappature Rischio Sanitario	Adozione delle misure dell'aggregato A2

VALUTAZIONE DI I ISTANZA

La valutazione di I istanza ha prodotto il seguente risultato:

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PESO Finale
AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	UOC AMMINISTRATIVA CURE PRIMARIE	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	UOC AMMINISTRATIVA POU	100,00
AREA ATTIVITA' AMM.VE DECENTRATE	UOC AMMINISTRATIVA PREVENZIONE E SALUTE MENTALE	100,00
DIP CHIRURGIA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	89,07
DIP CHIRURGIA	UOC CHIRURGIA GENERALE	97,17
DIP CHIRURGIA	UOC OCULISTICA	98,79
DIP CHIRURGIA	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	93,36
DIP CHIRURGIA	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	84,67
DIP CHIRURGIA	UOSD ANESTESIA	85,00
DIP CHIRURGIA	UOSD PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE, DEL CAVO ORALE E CERVICO FACCIALI	77,56
DIP EMERGENZA	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	98,00
DIP EMERGENZA	UOC CARDIOLOGIA	86,03
DIP EMERGENZA	UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	94,44
DIP EMERGENZA	UOC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D EMERGENZA	99,30
DIP EMERGENZA	UOSD RIANIMAZIONE	96,06
DIP MEDICINA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA	89,60
DIP MEDICINA	UOC MEDICINA	88,52
DIP MEDICINA	UOC NEFROLOGIA E DIALISI	89,30
DIP MEDICINA	UOC PEDIATRIA	87,54
DIP MEDICINA	UOC RIABILITAZIONE E CENTRO SPINALE	98,44
DIP MEDICINA	UOSD GASTROENTEROLOGIA	100,00
DIP MEDICINA	UOSD NEONATOLOGIA	89,78
DIP MEDICINA	UOSD ONCOLOGIA	91,50

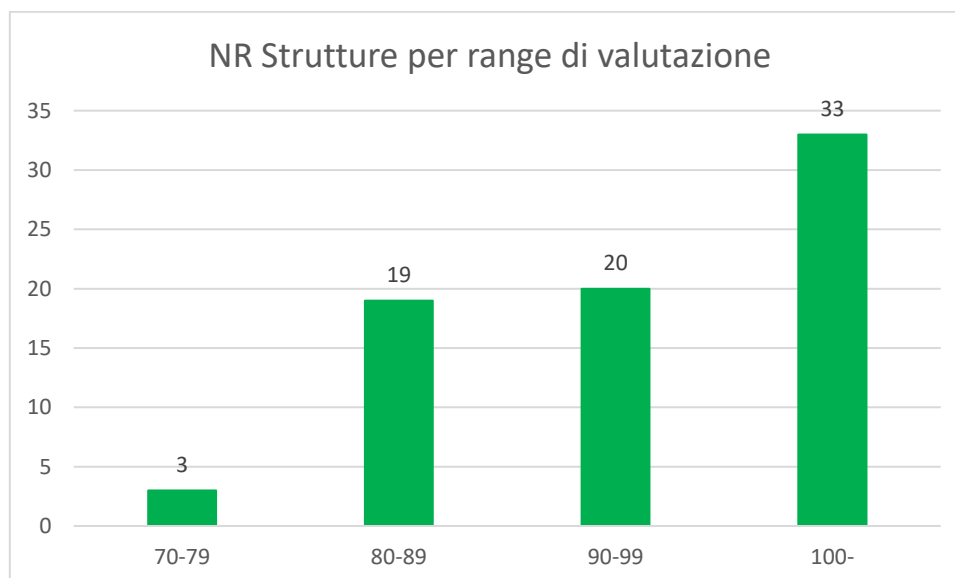
DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PESO Finale
DIP SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE DIPENDENZE	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE ETA' EVOLUTIVA	95,78
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE X MUN. E FIUMICINO	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SALUTE MENTALE XI-XII MUNICIPIO	100,00
DIP SALUTE MENTALE	UOC SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - GRASSI E SAN CAMILLO	88,06
DIP SALUTE MENTALE	UOSD RESIDENZIALITA' IN SALUTE MENTALE	100,00
DIP SERVIZI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	89,70
DIP SERVIZI	UOC FARMACIA OSPEDALIERA	99,70
DIP SERVIZI	UOC FARMACIA TERRITORIALE	84,70
DIP SERVIZI	UOC LABORATORIO ANALISI	100,00
DIP SERVIZI	UOC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE (SMT)	100,00
DIP SERVIZI	UOSD ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	DIPARTIMENTO PER L'AMMINISTRAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI	95,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC APPROVIGIONAMENTI	98,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIO	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC RISORSE UMANE	85,71
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOC SISTEMI ICT	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	UOSD AFFARI GENERALI	96,00
DIP.CURE PRIMARIE	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	80,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC CURE PRIMARIE E TUTELA SALUTE DELLA COPPIA	82,35
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO	70,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO X MUNICIPIO	70,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO XI MUNICIPIO	75,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC DISTRETTO XII MUNICIPIO	80,00
DIP.CURE PRIMARIE	UOC MEDICINA LEGALE	82,50
DIP.CURE PRIMARIE	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE E ASSISTENZA PROTESICA	100,00
DIP.PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	95,00
DIP.PREVENZIONE	UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	99,47



DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PESO Finale
DIP.PREVENZIONE	UOC PREVENZIONE E SICUREZZA SULL'AMBIENTE DI LAVORO	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOC SANITA' ANIMALE E IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	95,00
DIP.PREVENZIONE	UOSD CANILE SOVRAZIONALE	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOSD IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	100,00
DIP.PREVENZIONE	UOSD SCREENING, PROMOZIONE DELLA SALUTE	96,25
DIP.PROF.SANITARIE	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	UOC DELLE PROFESSIONI TECNICHE E RIAB. E SOCIALI	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE OSPEDALIERE	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	UOC SERVIZIO INF. ED OST. DELLE CURE PRIMARIE	100,00
STAFF DG	RPCT	100,00
STAFF DG	UFFICIO LEGALE	100,00
STAFF DG	UOC SVILUPPO ORG. E DELLA COMPETENCE INDIVIDUALE	88,88
STAFF DG	UOS COMUNICAZIONE	100,00
STAFF DG	UOS CONTROLLO DI GESTIONE	100,00
STAFF DS	UOC ACCREDITAMENTO VIGILANZA E CONTR. STRUTT. SAN.	100,00
STAFF DS	UOC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO	96,00
STAFF DS	UOC EPIDEMIOLOGIA E SIS	100,00
STAFF DS	UOC QUALITA', SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	100,00
STAFF DS	UOS FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	90,00

RIEPILOGO DELLE PERCENTUALI DI RAGGIUNGIMENTO RAGGIUNTE

Il grafico seguente riporta il numero di strutture aggregate per ambito di raggiungimento degli obiettivi:



VALUTAZIONI DI II ISTANZA

Tutte le osservazioni pervenute sono state oggetto di approfondimento e chiarite con i negoziatori o riscontrate in modo formale. Non sono seguite contestazioni.

RISULTATI DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance individuale è stata gestita con un applicativo informatico e tutti i flussi sono gestiti informaticamente.

Tutte le strutture hanno adempiuto all'assegnazione degli obiettivi individuali e alla condivisione con il personale degli obiettivi di performance; hanno altresì rispettato le indicazioni della UOC Risorse Umane sia nella costruzione delle schede e degli indicatori che dei tempi di valutazione. I negoziatori di budget non sono soggetti alla performance individuale.

Le tabelle seguenti illustrano sinteticamente i risultati raggiunti dalla performance individuale.

I risultati, suddivisi per la dirigenza e per il comparto, espressi sia in valore assoluto che in percentuale, sono ripartiti per classi di punteggio da un minimo di 0,5 ad un massimo di 1,5.

Risultati della Performance individuale in valori assoluti per Comparto e Dirigenza:



CLASSE DI PUNTEGGIO	soglia 0,50- 1,29	soglia 1,30- 1,39	soglia 1,40- 1,44	soglia 1,45- 1,49	soglia 1,5	TOT
DIRIGENZA	32	57	68	105	214	476
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	28	38	55	83	151	355
DIRIGENZA PTA		1	1		11	13
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	4	18	12	22	52	108
COMPARTO	48	46	98	504	1.072	1.768
COMPARTO	48	46	98	504	1.072	1.768
AMMINISTRATIVO	16	9	17	53	141	236
SANITARIO	15	18	61	369	785	1.248
TECNICO	17	19	20	82	146	284
Totale complessivo	80	103	166	609	1.286	2.244

Risultati della Performance individuale in valori percentuali per Comparto e Dirigenza:

CLASSI DI PUNTEGGIO PERCENTUALI	soglia 0,50- 1,29	soglia 1,30- 1,39	soglia 1,40- 1,44	soglia 1,45- 1,49	soglia 1,5	TOT
DIRIGENZA	6,72	11,97	14,29	22,06	44,96	100
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	7,89	10,70	15,49	23,38	42,54	100
DIRIGENZA PTA	0,00	7,69	7,69	0,00	84,62	100
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	3,70	16,67	11,11	20,37	48,15	100
COMPARTO	2,71	2,60	5,54	28,51	60,63	100
COMPARTO	2,71	2,60	5,54	28,51	60,63	100
AMMINISTRATIVO	6,78	3,81	7,20	22,46	59,75	100
SANITARIO	1,20	1,44	4,89	29,57	62,90	100
TECNICO	5,99	6,69	7,04	28,87	51,41	100
Totale complessivo	3,57	4,59	7,40	27,14	57,31	100

Risultati della Performance individuale per qualifiche del comparto in termini assoluti:

Qualifica	Soglia di 0,50- 1,29	Soglia di 1,30- 1,39	Soglia di 1,40- 1,44	Soglia di 1,45- 1,49	Soglia di 1,5	TOT
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	3	3	4	25	65	100
ASSISTENTE SOCIALE	3	4	2	13	24	46
ASSISTENTE TECNICO				2	1	3
ASSISTENTE SANITARIO					2	2
AUDIOMETRISTA					1	1
AUS.SPEC.-SERV.SOCIO ASS	7	8	3	21	21	60
COADIUTORE	10	6	7	8	24	55
COLL.PROF. SANITARIO INFERMIERE	9	15	55	313	572	964
COLLABORATORE	2		4	19	52	77
COLLABORATORE TECNIC				3	4	7
COMMESSO	1		2	1		4
CPS EDUCATORE					3	3
DIETISTA					6	6
FISIOTERAPISTA	1		1	13	30	45
INFERMIERE PEDIATRICO			2		4	6
LOGOPEDISTA					21	21
OPERATORE SOCIO SANITARIO	4	3	9	39	72	127
OPERATORE TECNICO	3	4	6	5	24	42
ORTOTTISTA			1		2	3
OSTETRICA				10	26	36
TEC.NEURO PSICOMOTR.					10	10
TEC.PERFUSIONE CARDIOVA					4	4
TECN.PREVENZIONE	3	2		5	49	59
TECNICO DI NEUROFISIOP.				1	3	4
TERAPISTA OCC				6	4	10
TS RADIOLOGIA MEDICA	1			6	31	38
TS.LAB.BIOMEDICO	1	1	2	14	17	35
Totale complessivo	48	46	98	504	1072	1768

Risultati della Performance individuale per qualifiche del comparto in termini percentuali:

Qualifica	Soglia di 0,50- 1,29	Soglia di 1,30- 1,39	Soglia di 1,40- 1,44	Soglia di 1,45- 1,49	Soglia di 1,5	TOT
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	3,00	3,00	4,00	25,00	65,00	100
ASSISTENTE SOCIALE	6,52	8,70	4,35	28,26	52,17	100
ASSISTENTE TECNICO	0,00	0,00	0,00	66,67	33,33	100
ASSISTENTE SANITARIO	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
AUDIOMETRISTA	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
AUS.SPEC.-SERV.SOCIO ASS	11,67	13,33	5,00	35,00	35,00	100
COADIUTORE	18,18	10,91	12,73	14,55	43,64	100
COLL.PROF. SANITARIO INFERMIERE	0,93	1,56	5,71	32,47	59,34	100
COLLABORATORE	2,60	0,00	5,19	24,68	67,53	100
COLLABORATORE TECNIC	0,00	0,00	0,00	42,86	57,14	100
COMMESSE	25,00	0,00	50,00	25,00	0,00	100
CPS EDUCATORE	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
DIETISTA	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
FISIOTERAPISTA	2,22	0,00	2,22	28,89	66,67	100
INFERMIERE PEDIATRICO	0,00	0,00	33,33	0,00	66,67	100
LOGOPEDISTA	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
OPERATORE SOCIO SANITARIO	3,15	2,36	7,09	30,71	56,69	100
OPERATORE TECNICO	7,14	9,52	14,29	11,90	57,14	100
ORTOTTISTA	0,00	0,00	33,33	0,00	66,67	100
OSTETRICA	0,00	0,00	0,00	27,78	72,22	100
TEC.NEURO PSICOMOTR.	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
TEC.PERFUSIONE CARDIOVA	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100
TECN.PREVENZIONE	5,08	3,39	0,00	8,47	83,05	100
TECNICO DI NEUROFISIOP.	0,00	0,00	0,00	25,00	75,00	100
TERAPISTA OCC	0,00	0,00	0,00	60,00	40,00	100
TS RADIOLOGIA MEDICA	2,63	0,00	0,00	15,79	81,58	100
TS.LAB.BIOMEDICO	2,86	2,86	5,71	40,00	48,57	100
Totale complessivo	2,71	2,60	5,54	28,51	60,63	100

Risultati della Performance individuale per Macrostruttura in termini assoluti:

MACROSTRUTTURA	soglia 0,50-1,29	soglia 1,30- 1,39	soglia 1,40-1,44	soglia 1,45-1,49	soglia 1,5	TOT
AREA FUNZ. AMMINISTRATIVA	4	4	8	6	36	58
DIP CHIRURGIA	7	15	14	91	131	258
DIP EMERGENZA	8	17	34	77	165	301
DIP MEDICINA	17	6	12	137	148	320
DIP SALUTE MENTALE	5	13	38	71	154	281
DIP SERVIZI	16	20	4	21	55	116
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	1	4	1	36	70	112
DIP.CURE PRIMARIE	8	6	19	92	293	418
DIP.PREVENZIONE	6	6	22	21	110	165
DIP.PROF. SANITARIE	3	1	1	24	37	66
STAFF DA		1			3	4
STAFF DG	1	5	2	12	29	49
STAFF DS	4	5	11	21	55	96
Totale complessivo	80	103	166	609	1.286	2.244

Risultati della performance individuale per macrostruttura in termini percentuali:

MACROSTRUTTURA	soglia 0,50-1,29	soglia 1,30- 1,39	soglia 1,40-1,44	soglia 1,45-1,49	soglia 1,5	TOT
AREA FUNZ. AMMINISTRATIVA	6,90	6,90	13,79	10,34	62,07	100,00
DIP CHIRURGIA	2,71	5,81	5,43	35,27	50,78	100,00
DIP EMERGENZA	2,66	5,65	11,30	25,58	54,82	100,00
DIP MEDICINA	5,31	1,88	3,75	42,81	46,25	100,00
DIP SALUTE MENTALE	1,78	4,63	13,52	25,27	54,80	100,00
DIP SERVIZI	13,79	17,24	3,45	18,10	47,41	100,00
DIP. FATTORI PRODUTTIVI	0,89	3,57	0,89	32,14	62,50	100,00
DIP.CURE PRIMARIE	1,91	1,44	4,55	22,01	70,10	100,00
DIP.PREVENZIONE	3,64	3,64	13,33	12,73	66,67	100,00
DIP.PROF.SANITARIE	4,55	1,52	1,52	36,36	56,06	100,00
STAFF DA	0,00	25,00	0,00	0,00	75,00	100,00
STAFF DG	2,04	10,20	4,08	24,49	59,18	100,00
STAFF DS	4,17	5,21	11,46	21,88	57,29	100,00
Totale complessivo	3,57	4,59	7,40	27,14	57,31	100,00

Grafico illustrativo del risultato della Performance individuale per Macrostruttura in termini assoluti:

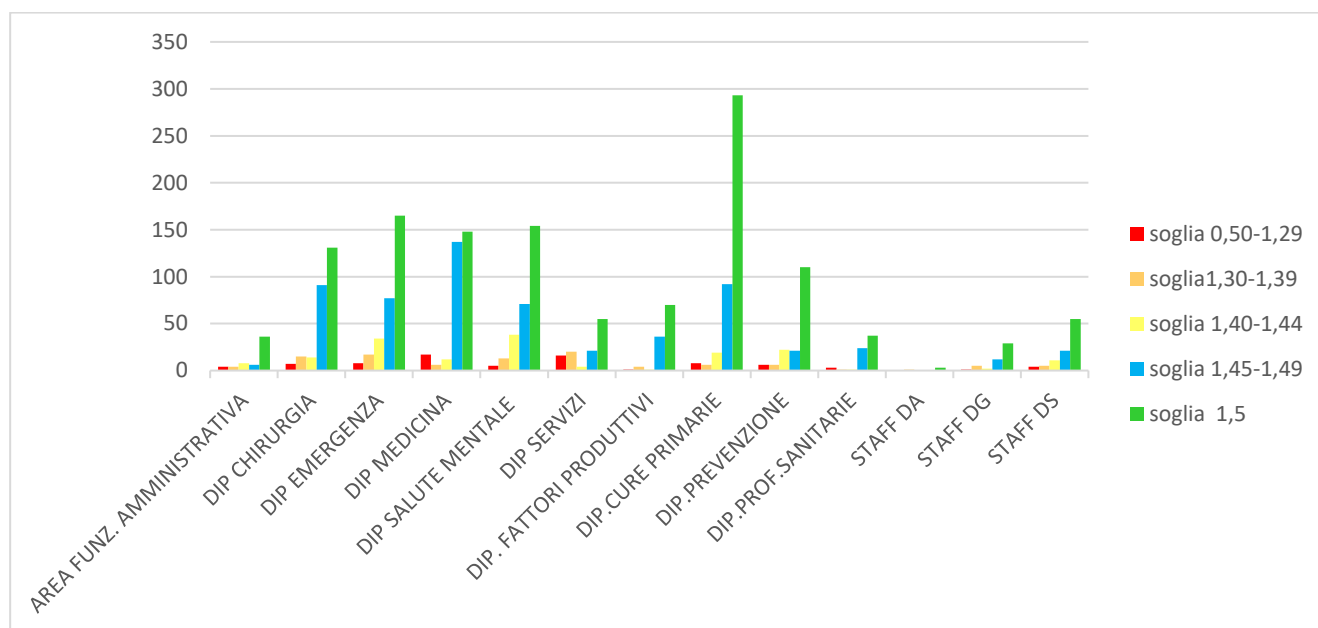
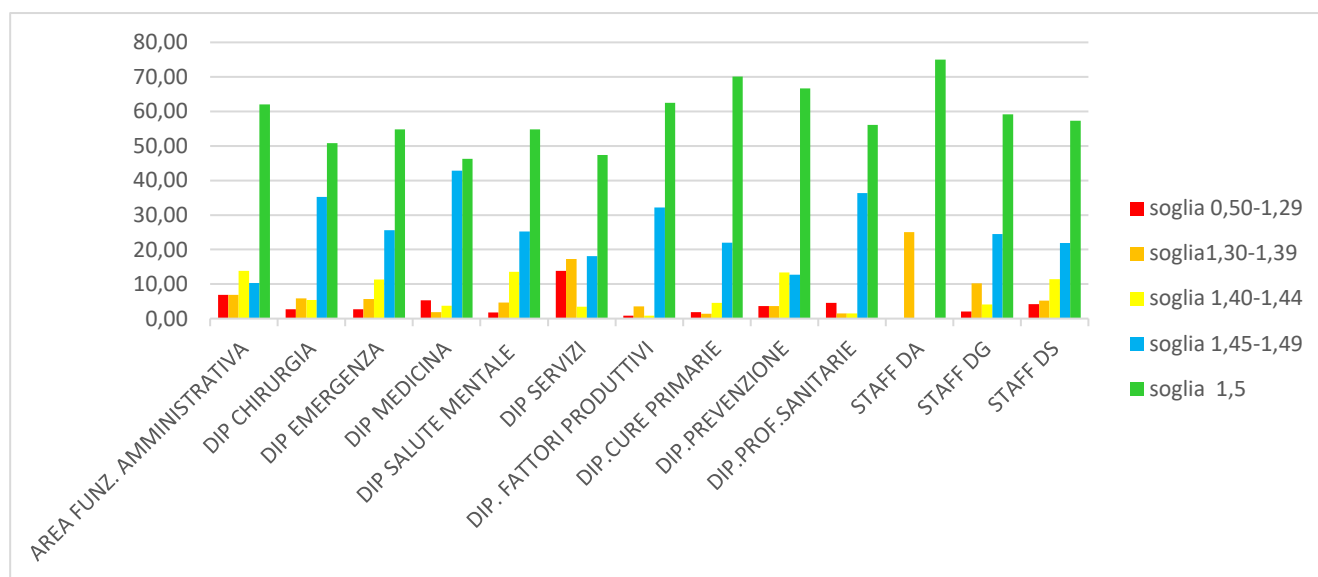


Grafico illustrativo del risultato della Performance individuale per Macrostruttura in termini percentuali:



Relativamente alle schede individuali si osserva che vi sono stati 2 rifiuti per la Dirigenza e 17 rifiuti per il comparto.

La tabella seguente illustra lo stato di accettazione delle schede di performance individuale:

Area contrattuale	Accettata	Compilata	Modificata	Presa visione	Rifiutata	Validata	Totale
COMPARTO	1.398	1	2		17	350	1.768
DIRIGENZA	314			33	2	127	476
Totale	1.712	1	2	33	19	477	2.244

Area contrattuale	Accettata	Compilata	Modificata	Presa visione	Rifiutata	Validata	Totale
COMPARTO	79,07	0,06	0,11	0,00	0,96	19,80	100
DIRIGENZA	65,97	0,00	0,00	6,93	0,42	26,68	100
Totale	76,29	0,04	0,09	1,47	0,85	21,26	100

Come si evince le schede rifiutate sono state 19 pari allo 0,85 %.

Di seguito si riportano le schede nelle quali è presente il commento del valutatore:

Area contrattuale	Valutato	Commento Valutatore
COMPARTO	1.768	181
DIRIGENZA	476	67
Totale complessivo	2.244	248

Dall'osservazione delle tabelle si rileva che i punteggi attribuiti al valore massimo (1,5) rappresentano il 44,96% per la dirigenza e il 60,63% per il comparto. Nello specifico, il 42,54% della Dirigenza Medica e Veterinaria, l'84,62% della Dirigenza PTA e il 48,15% della Dirigenza Sanitaria non Medica hanno conseguito il punteggio massimo.

Per quanto riguarda il personale del comparto, il punteggio massimo è stato attribuito al 59,75% del personale amministrativo, al 62,90% del personale sanitario e al 51,41% del personale tecnico.

I punteggi compresi tra 1,45 e 1,49 rappresentano il 22,06% della dirigenza e il 28,51% del comparto, confermando una distribuzione dei risultati fortemente concentrata nelle fasce più elevate della valutazione individuale.

Complessivamente, l'84,45% del personale valutato (57,31% con punteggio 1,5 e 27,14% con punteggio compreso tra 1,45 e 1,49) si colloca nelle due classi di valutazione più elevate, a testimonianza dell'ampio raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati e del contributo fornito al conseguimento dei risultati aziendali.

Si rappresenta inoltre che, in base a quanto stabilito dai regolamenti vigenti in materia di produttività e retribuzione di risultato, il salario accessorio viene corrisposto al personale afferente ai centri di responsabilità

sulla base del concreto ed effettivo apporto ai risultati conseguiti, misurato tramite il punteggio di valorizzazione definito nell'intervallo di variabilità compreso tra 0,5 e 1,5.

L'esclusione totale dall'attribuzione del salario accessorio, corrispondente ad un valore pari a zero, si verifica nei seguenti casi:

- assenza dal servizio per l'intero periodo di riferimento, corrispondente all'anno solare, oppure presenza inferiore nell'anno a 156 ore per il personale del comparto o a 165 ore per la dirigenza;
- irrogazione di sanzione disciplinare superiore alla censura;
- personale a rapporto non esclusivo;
- personale religioso;
- personale comandato in uscita.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

I punti di forza della gestione straordinaria dell'anno 2025 sono stati rappresentati da:

- un rafforzamento complessivo della capacità di governo aziendale, con particolare riferimento al presidio dei processi organizzativi, alla sostenibilità economico-finanziaria e al miglioramento continuo della qualità, dell'appropriatezza e dell'accessibilità delle prestazioni sanitarie;
- consolidamento il sistema di monitoraggio e controllo direzionale, attraverso una strutturata attività di rendicontazione periodica (trimestrale, semestrale e bimestrale) indirizzata alla Direzione Strategica e al Controllo di Gestione. Tale assetto ha consentito di garantire un presidio costante degli obiettivi assegnati, favorendo l'individuazione tempestiva di eventuali scostamenti e l'adozione di azioni correttive condivise con le strutture interessate.
- È stata rafforzata l'attività di verifica, vigilanza e controllo sulle strutture accreditate, assicurando il completamento dei programmi di verifica avviati negli anni precedenti, la trasmissione puntuale delle relazioni e il rispetto delle tempistiche previste per le verifiche di conformità. Tali attività hanno contribuito al miglioramento della qualità complessiva dell'offerta sanitaria, sia in ambito territoriale che ospedaliero.
- la ASL ha garantito il rispetto delle tempistiche regionali relative all'approvazione e alla trasmissione degli atti programmatori e di rendicontazione, nonché dei flussi informativi sanitari ed economici, assicurando la piena coerenza con la programmazione regionale e nazionale e il corretto allineamento con gli adempimenti previsti dalla normativa vigente.
- È proseguita l'attività di razionalizzazione e controllo della spesa, con particolare attenzione al rispetto dei budget assegnati, al monitoraggio dei costi del personale e dei dispositivi medici e al contenimento

degli scostamenti tra produzione e risorse economiche disponibili. È stato inoltre rafforzato il presidio dei tempi di liquidazione delle fatture e la riduzione dello stock di debito, con un miglioramento complessivo dell'efficienza amministrativo-contabile.

- Nel corso dell'anno è stata assicurata la corretta e tempestiva trasmissione dei flussi informativi, con un miglioramento della qualità dei dati e una riduzione degli scarti, a supporto delle attività di programmazione, controllo e valutazione da parte dei livelli aziendali e regionali.
- Particolare rilievo ha assunto il miglioramento della qualità clinica, dell'appropriatezza e degli esiti assistenziali, attraverso il monitoraggio sistematico degli indicatori di processo ed esito, il controllo dei ricoveri potenzialmente inappropriati, la verifica delle cartelle cliniche e l'adozione di azioni correttive condivise con le strutture operative. Sono stati inoltre rafforzati i processi di gestione del rischio clinico e degli alert, con una restituzione strutturata degli esiti ai reparti e alle direzioni competenti.
- sono state attuate numerose azioni finalizzate al miglioramento dei percorsi di emergenza-urgenza, con una riduzione dei tempi di ricovero, trasferimento e permanenza in Pronto Soccorso, un incremento delle dimissioni nei giorni festivi e prefestivi e un miglioramento dei tempi di presa in carico e trattamento dei pazienti, anche attraverso una maggiore integrazione organizzativa tra Pronto Soccorso e reparti di degenza.
- È proseguito il rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio, con particolare attenzione alla gestione delle dimissioni difficili, alla continuità assistenziale e alla presa in carico dei pazienti fragili e cronici. Sono stati monitorati i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), le prese in carico domiciliari e i coefficienti di intensità assistenziale, favorendo una maggiore appropriatezza dei setting di cura e una riduzione della pressione sull'ospedale. Tali linee di attività verranno incrementate nel 2026.
- Con riferimento agli interventi finanziati nell'ambito del PNRR – Missione 6 Salute, nel corso del 2025 è stato garantito il presidio delle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione, assicurando il rispetto dei cronoprogrammi, delle procedure amministrative e delle tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale e dalle specifiche convenzioni di finanziamento.
- In tale contesto, le Centrali Operative Territoriali (COT) hanno svolto un ruolo centrale quale snodo di coordinamento tra i servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari, contribuendo al monitoraggio dei pazienti presi in carico, delle transizioni di setting assistenziale e dei tempi intercorrenti tra la richiesta di dimissione e la dimissione effettiva. Le attività delle COT hanno favorito il miglioramento della continuità assistenziale, in particolare nei confronti dei pazienti complessi e fragili, rafforzando l'integrazione tra i diversi livelli di cura.
- Le azioni connesse agli investimenti PNRR hanno inoltre contribuito al potenziamento dei servizi territoriali, allo sviluppo di modelli organizzativi innovativi e all'incremento dell'utilizzo di strumenti di telemedicina, in coerenza con gli obiettivi di rafforzamento dell'assistenza di prossimità e di miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari.
- È stato ulteriormente sviluppato l'utilizzo di strumenti di innovazione digitale e organizzativa, con una progressiva riduzione dell'uso del ricettario cartaceo, il rafforzamento delle piattaforme informatiche

aziendali, la razionalizzazione delle dotazioni tecnologiche e dei consumabili e l'attuazione di specifici percorsi formativi rivolti al personale.

- È stata rafforzata l'attività di formazione e sviluppo delle competenze, mediante la realizzazione di eventi formativi programmati, l'aggiornamento del Piano Formativo Aziendale e il monitoraggio della partecipazione del personale, con particolare attenzione ai temi della sicurezza delle cure, della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e del benessere organizzativo.
- E' proseguita l'attuazione delle politiche di promozione della prevenzione e della salute, con il potenziamento delle attività di screening oncologico, il rispetto dei target di copertura previsti e l'incremento delle iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione, anche nei confronti dei soggetti fragili.

Nel complesso, la gestione straordinaria dell'anno 2025 si caratterizza per un rafforzamento della capacità di governo dell'Azienda, che ha saputo coniugare sostenibilità economica, qualità dell'assistenza, rispetto delle tempistiche e innovazione organizzativa, garantendo il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza anche in un contesto di elevata complessità operativa.

Con riferimento alla programmazione ordinaria, la ASL Roma 3, in coerenza con i punti di forza consolidati nel corso della gestione straordinaria 2025, intende proseguire e rafforzare le seguenti linee di intervento:

- consolidare il governo dei processi aziendali, attraverso il mantenimento di un sistema strutturato di monitoraggio, rendicontazione e controllo direzionale, finalizzato al presidio continuo degli obiettivi strategici, operativi ed economico-finanziari;
- rafforzare l'integrazione ospedale–territorio, anche attraverso il pieno utilizzo delle Centrali Operative Territoriali, la gestione strutturata delle dimissioni difficili e il monitoraggio delle transizioni di setting, al fine di garantire la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti fragili e cronici;
- migliorare l'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, promuovendo l'utilizzo dei setting assistenziali più idonei, il contenimento dei ricoveri potenzialmente inappropriati e il rafforzamento dei controlli sui percorsi diagnostico-terapeutici;
- garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, in coerenza con il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, anche attraverso il monitoraggio delle agende, l'ottimizzazione dell'offerta anche mediante una mirata azione sulla committenza e l'utilizzo di strumenti di flessibilità organizzativa;
- proseguire il miglioramento della qualità e degli esiti dell'assistenza, con particolare riferimento agli indicatori dell'area dell'emergenza-urgenza, dell'area chirurgica, ostetrico-ginecologica e cardiovascolare, nonché alla sicurezza delle cure e alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- sostenere lo sviluppo dei servizi territoriali e domiciliari, incrementando le prese in carico, l'adeguatezza dei coefficienti di intensità assistenziale e l'utilizzo della telemedicina, in coerenza con gli obiettivi di rafforzamento dell'assistenza di prossimità;
- consolidare l'area economico-finanziaria, garantendo il rispetto dei budget assegnati, il controllo della spesa, la riduzione degli scostamenti e il miglioramento dei tempi di liquidazione, nel rispetto dei vincoli di sostenibilità;

- rafforzare la digitalizzazione dei processi aziendali, promuovendo l'utilizzo dei sistemi informativi, la dematerializzazione documentale e la sicurezza informatica, anche attraverso specifici interventi formativi e organizzativi;
- investire nello sviluppo delle competenze del personale, mediante l'attuazione del Piano Formativo Aziendale, il rafforzamento della cultura della qualità, della sicurezza e della responsabilità nell'utilizzo delle risorse;
- promuovere le attività di prevenzione e promozione della salute, assicurando il rispetto dei target di copertura dei programmi di screening e l'attuazione del Piano Aziendale della Prevenzione, in coerenza con la programmazione regionale;
- assicurare il rispetto delle tempistiche di programmazione, approvvigionamento e progettazione delle gare, nonché l'allineamento continuo dei sistemi informativi e delle anagrafiche aziendali a quelle regionali;
- avviare il modello di presa in carico territoriale, di cui al DM 77/2022 attraverso l'apertura delle Case di Comunità i cui interventi strutturali sono in via di conclusione.
- Incrementare la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso la reingegnerizzazione dei PDTA Diabete, BPCO e Scompenso cardiaco.
- aprire e mettere in esercizio l'Ospedale di Comunità di via Morelli ad Acilia, a conclusione degli investimenti PNRR.

COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il CUG è stato istituito con delibera 1290 del 30/12/2022 con 15 componenti di parte aziendale e 15 di parte sindacale.

Con Delibera 249 del 07.03.2023 è stato approvato il regolamento.

Con le delibere nr 1117 e 1566 del 2024 è stato integrato il numero dei componenti del CUG sostituendo i dimissionari e permettendo così allo stesso organismo di poter operare.

Con Delibera n. 142/2025 l'azienda ha aggiornato il Piano delle Azioni Positive.

L'attività di benessere aziendale si è sviluppata in tre linee di azione:

- Sviluppo del Piano per le Azioni Positive a favore di tutto il personale;
- Sportello di ascolto e dialogo con i lavoratori;
- Valutazioni del disagio e del benessere organizzativo.

Il CUG ha affrontato con particolare attenzione la tematica della prevenzione del mobbing nonché quella del benessere del personale soffermandosi anche sull'utilizzo della tecnologia dello smart working.

Con Delibera n. 0000843 del 19/11/2025 è stato approvato il CODICE DI CONDOTTA IN MATERIA DI DISCRIMINAZIONI, MOLESTIE E MOBBING DELLA ASL ROMA 3, redatto con la UOSD Affari Generali.

In data 3 dicembre 2025 si è svolto il corso di formazione "Riconoscere e prevenire la violenza e le molestie sul luogo di lavoro: Il codice di condotta in materia di discriminazioni, molestie e mobbing della ASL Roma 3"

Realizzazione di un'indagine sul BENESSERE ORGANIZZATIVO -Trattasi di un Disegno di indagine descrittiva del grado di benessere organizzativo aziendale, rilevato attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc - frutto di un adattamento alla realtà sanitaria del modello CIVIT 2013 - e destinato alla totalità dei dipendenti/convenzionati. La somministrazione è avvenuta in modalità anonimizzata, dal giorno 11 al 30 novembre 2025, a mezzo di piattaforma Office 365.

Ad integrazione di quanto già inviato si comunica che nel corso dell'anno 2025 il CUG ha promosso 2 manifestazioni di interesse:

- MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER ACQUISIZIONE DISPONIBILITA' A SVOLGERE LE FUNZIONI DI DISABILITY MANAGER;
- MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE E IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI CONSIGLIERE/A DI FIDUCIA PER LA ASL ROMA 3